

ngược chiều giữa chức năng cơ nâng mi trên và mức độ sụp mi. Bệnh nhân đi khám do sụp mi tương đối sớm và trẻ tuổi hơn trước đây với nhóm tuổi 40-49 hay gặp nhất và cho thấy nhu cầu về làm đẹp ngày một tăng. Kết quả thẩm mỹ cao ở đa số bệnh nhân sau phẫu thuật cho thấy phương pháp phẫu thuật tạo hình gấp cân cơ nâng mi an toàn và hiệu quả trong điều trị sụp mi ở người lớn tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Holt JE, Holt GR.** Blepharoplasty. Indications and preoperative assessment. Arch Otolaryngol. 1985; 111(6): 394-397. doi: 10.1001/ archotol.1985.00800080080010
2. **Edmonson BC, Wulc AE.** Ptosis evaluation and management. Otolaryngol Clin North Am. 2005;38(5):921-946. doi:10.1016/j.otc.2005.08.012
3. **Patel SM, Linberg JV, Sivak-Callcott JA, Gunel E.** Modified tarsal resection operation for congenital ptosis with fair levator function. Ophthal Plast Reconstr Surg. 2008; 24(1):1-6. doi:10.1097/IOP.0b013e31815e72a3
4. **Klassen AF, Cano SJ, Grotting JC, et al.** FACE-Q Eye Module for Measuring Patient-Reported Outcomes Following Cosmetic Eye Treatments. JAMA Facial Plast Surg. 2017;19(1):7-14. doi: 10.1001/ jamafacial.2016.1018
5. **Draaijers LJ, Tempelman FRH, Botman YAM, et al.** The patient and observer scar assessment scale: a reliable and feasible tool for scar evaluation. Plast Reconstr Surg. 2004;113(7): 1960-1965; discussion 1966-1967. doi: 10.1097/ 01.prs.0000122207.28773.56
6. **Akkaya S.** Evaluation of Surgical Outcomes, Patient Satisfaction, and Potential Complications after Blepharoplasty. Beyoglu Eye Journal. 2018;3(2):91-95. doi:10.14744/bej.2018.08208
7. **Tyers AG, Collin JR.** Senile ptosis--introduction and anterior approach. Trans Ophthalmol Soc U K (1962). 1985;104 (Pt 1):11-16.
8. **Phan Thị Tâm.** Đánh Giá Kết Quả Điều Trị Sụp Mi Tuổi Già Tại Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Bắc Kạn. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II. Trường Đại học Y Hà Nội; 2017.
9. **Mehta HK.** Day surgery management of senile ptosis. Trans Ophthalmol Soc U K (1962). 1985;104 (Pt 2):171-175.
10. **Parsa FD, Wolff DR, Parsa NN, Elahi aE E.** Upper eyelid ptosis repair after cataract extraction and the importance of Hering's test. Plast Reconstr Surg. 2001;108(6):1527-1536; discussion 1537-1538. doi: 10.1097/ 00006534-200111000-00014

SO SÁNH ĐẶC ĐIỂM VIÊM THÂN SỐNG ĐĨA ĐỆM NHIỄM TRÙNG GIỮA NHÓM CÂY VI TRÙNG ÂM TÍNH VÀ NHÓM CÂY VI TRÙNG DƯƠNG TÍNH

Bùi Đăng Khoa¹, Nguyễn Đông Lập¹,
Lê Bảo Lệ¹, Cao Thanh Ngọc^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm thân sống đĩa đệm nhiễm trùng (VTSDĐNT) là bệnh lý khá thường gặp, tuy nhiên việc chẩn đoán tác nhân gây bệnh còn gặp nhiều khó khăn. Ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về viêm thân sống đĩa đệm được công bố, do đó những thông tin mô tả về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh lý còn hạn chế. **Mục tiêu:** So sánh đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết cục điều trị giữa 2 nhóm viêm thân sống đĩa đệm vi trùng nhóm cây vi trùng âm tính và nhóm cây vi trùng dương tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả thực hiện trên những bệnh nhân viêm thân sống đĩa đệm thỏa tiêu chí chọn mẫu. Các bệnh nhân được chia thành 2 nhóm dựa trên bằng chứng xác định vi khuẩn gây bệnh (nhóm VTSDĐNT cây vi trùng dương tính và nhóm VTSDĐNT cây vi trùng âm

tính). Thông tin thu thập bao gồm triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm sinh hoá, kết quả cấy máu, cấy dịch sinh thiết cột sống, kết quả và hình ảnh cộng hưởng từ cột sống được lấy trên phần mềm PACS. **Kết quả:** Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 42 bệnh nhân VTSDĐNT, trong đó có 15 ca cây vi trùng dương tính (35,7%) và 27 ca cây vi trùng âm tính (64,3%). Nhóm VTSDĐNT cây vi trùng dương tính có nồng độ CRP máu, bạch cầu máu, tỷ lệ áp xe cơ psoas cao hơn so với nhóm VTSDĐNT cây vi trùng âm tính có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). Tỷ lệ tái phát VTSDĐNT của nhóm cây dương tính là 6,67% và của nhóm cây âm tính là 25,93%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,222$). **Kết luận:** Những bệnh nhân VTSDĐNT cây vi trùng dương tính có tỷ lệ thấp hơn nhóm cây âm tính. Tỷ lệ áp xe cơ psoas, nồng độ CRP, bạch cầu máu ở nhóm nuôi cấy dương tính cao hơn nhóm cây vi trùng âm tính. Tỷ lệ tái phát VTSDĐNT của 2 nhóm cây vi trùng âm tính và dương tính khác biệt không ý nghĩa thống kê. **Từ khoá:** viêm thân sống đĩa đệm, nuôi cấy vi trùng âm tính, nuôi cấy vi trùng dương tính

SUMMARY

COMPARISON OF CHARACTERISTICS OF CULTURE-NEGATIVE PYOGENIC OSTEOMYELITIS AND CULTURE-POSITIVE

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

²Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Cao Thanh Ngọc

Email: caothanhngoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 30.10.2023

Ngày duyệt bài: 15.11.2023

PYOGENIC OSTEOMYELITIS

Background: Pyogenic vertebral osteomyelitis (PVO) is a relatively common medical condition; however, diagnosing its causative agents remains challenging. In Vietnam, there is a lack of published research on PVO, leading to limited descriptions of its clinical and paraclinical characteristics. **Objective:** To compare the clinical and paraclinical characteristics, as well as treatment outcomes, between two groups of PVO patients based on bacterial culture results: the positive culture group and the negative culture group. **Subjects and Methods:** This retrospective descriptive study was conducted on PVO patients meeting the sample selection criteria. Patients were divided into two groups based on bacterial evidence (PVO with positive bacterial culture and PVDI with negative bacterial culture). Collected information included clinical symptoms, biochemical tests, blood and spinal fluid culture results, spinal biopsy results, and computed tomography images from the Picture Archiving and Communication System (PACS). **Results:** Our study included 42 PVO patients, comprising 15 cases with positive bacterial cultures (35.7%) and 27 cases with negative bacterial cultures (64.3%). The positive culture group exhibited significantly higher CRP levels, white blood cell counts, and abscess formation rates compared to the negative culture group ($P < 0.05$). The recurrence rate of PVO in the positive culture group was 6.67%, while the negative culture group had a recurrence rate of 25.93%, with no statistically significant difference ($p = 0.222$). **Conclusion:** PVO patients with positive bacterial cultures had a lower recurrence rate compared to the negative culture group. The positive culture group demonstrated higher rates of abscess formation, elevated CRP levels, and increased white blood cell counts than the negative culture group. However, the recurrence rates between the two groups were not statistically significant.

Keywords: pyogenic vertebral osteomyelitis, negative bacterial cultures, positive bacterial cultures

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm thân sống đĩa đệm sinh mủ là một bệnh lý nhiễm trùng nặng, nếu không được điều trị bệnh có thể dẫn đến biến chứng thần kinh do nhiễm trùng lan vào màng cứng gây áp xe màng cứng, tổn thương tủy, nhiễm trùng huyết và tử vong¹.

Căn nguyên thường gặp của viêm thân sống đĩa đệm sinh mủ bao gồm Staphylococcus aureus, Streptococcus agalactiae, Escheria coli². Việc xác định chính xác vi trùng gây bệnh đóng vai trò quan trọng trong việc điều trị và tiên lượng tuy nhiên gặp rất nhiều khó khăn. Tỷ lệ cấy máu dương tính thường không cao, hầu hết bệnh nhân đều cần sinh thiết cột sống để hỗ trợ chẩn đoán, mặc dù vậy vẫn có rất nhiều trường hợp không xác định được tác nhân gây bệnh. Hơn 50% bệnh nhân viêm thân sống đĩa đệm được điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm vì kết quả cấy máu hoặc cấy bệnh phẩm sinh thiết cột

sống âm tính³.

Các nghiên cứu về nhiễm trùng khớp cấy vi khuẩn âm tính chủ yếu tập trung vào nhiễm trùng khớp nhân tạo. Trong khi đó viêm thân sống đĩa đệm nhiễm trùng cấy âm tính còn chưa được mô tả nhiều. Liệu cấy âm tính có ảnh hưởng đến việc điều trị và tiên lượng của bệnh nhân VTSDĐNT hay không. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu so sánh đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán, kết cục giữa 2 nhóm cấy vi trùng âm tính và nhóm cấy vi trùng dương tính.

Mục tiêu nghiên cứu: So sánh đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết cục điều trị giữa 2 nhóm VTSDĐNT cấy vi trùng âm tính và nhóm cấy vi trùng dương tính.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân trên 18 tuổi được chẩn đoán VTSDĐNT tại BV Đại học Y Dược TP.HCM từ 11/2018 đến 11/2022.

Tiêu chuẩn nhận vào: Bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng và hình ảnh học phù hợp nhiễm trùng thân sống có/không có kết quả sinh thiết cột sống nghi viêm cấp tính hoặc viêm mạn tính, không có hình ảnh u hạt hoặc hình ảnh hoại tử

Tiêu chuẩn loại trừ: Viêm thân sống do lao, brucella, nấm. Chấn thương cột sống trước đó, từng tiêm hoặc phẫu thuật cột sống, 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 thu thập số liệu nghiên cứu trên phần mềm bệnh án điện tử tại bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM, tất cả những bệnh nhân thỏa tiêu chí chọn mẫu sẽ được đưa vào nghiên cứu. Thông tin thu thập bao gồm triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm sinh hoá, kết quả cấy máu, cấy dịch sinh thiết cột sống, kết quả và hình ảnh cộng hưởng từ cột sống được lấy trên phần mềm PACS. Dựa vào kết quả nuôi cấy vi trùng từ máu hoặc dịch sinh thiết cột sống, dân số nghiên cứu được chia thành 2 nhóm: nhóm VTSDĐNT cấy vi trùng dương tính và nhóm VTSDĐNT cấy vi trùng âm tính.

Biến số chính của nghiên cứu:

• **Các biến số liên quan đến chẩn đoán:** Các biến số lâm sàng được khảo sát bao gồm tuổi, giới, tiền căn bệnh lý mạn tính (đái tháo đường, bệnh thận mạn, bệnh lý tự miễn, tăng huyết áp, xơ gan, hội chứng Cushing do thuốc), sử dụng các thuốc ức chế miễn dịch, glucocorticoid, thói

quen sinh hoạt hút thuốc lá, uống rượu bia, triệu chứng sốt, tê bì, yếu chi, bí tiểu. Các biến số xét nghiệm máu như CRP, máu lắng, bạch cầu máu tại thời điểm nhập viện. Các biến số tổn thương đốt sống trên cộng hưởng từ cột sống như số lượng đốt sống tổn thương, phù tuỷ xương, giảm chiều cao thân sống, hẹp ống sống, áp xe ngoài màng cứng, áp xe cạnh sống, huỷ đĩa đệm, chèn ép tuỷ sống.

• *Các biến số liên quan điều trị:* Biến số điều trị bao gồm: loại kháng sinh điều trị, thời gian hoàn tất điều trị. Biến kết cục điều trị bao gồm khỏi và không khỏi (hay tái phát).

Các bệnh nhân được đánh giá đáp ứng điều trị sau ít nhất 3 tuần điều trị kháng sinh tĩnh mạch. Đánh giá dựa vào triệu chứng lâm sàng sốt và đau lưng, xét nghiệm bạch cầu máu, CRP và máu lắng. Người bệnh được coi là khỏi bệnh khi không sốt, không đau lưng, CRP và máu lắng về giới hạn bình thường. Người bệnh được đánh giá khỏi bệnh phải được ngưng kháng sinh điều trị, tình trạng lưng tiếp cải thiện ít nhất 6 tháng sau đó.

• *Tình trạng 'không khỏi hay tái phát'* được định nghĩa là: các triệu chứng lâm sàng (sốt hoặc đau lưng) còn tồn tại

và chỉ số sinh hoá (CRP, máu lắng) trên ngưỡng bình thường

và/hoặc cấy vi trùng ra cùng một loại vi khuẩn gây bệnh từ máu/dịch sinh thiết cột sống mới với sự phát triển của tổn thương viêm thân sống nhiễm trùng mới hoặc trầm trọng hơn trên hình ảnh cộng hưởng từ

khi ngưng điều trị kháng sinh trong thời gian theo dõi ít nhất sáu tháng⁴

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được phân tích bằng phần mềm STADA 17. Các biến định tính được mô tả bằng bảng phân phối tần suất, tỉ lệ, so sánh bằng phép kiểm Chi bình phương hoặc phép kiểm chính xác Fisher. Các biến số định lượng được kiểm tra phân phối chuẩn hay không bằng phép kiểm Shapiro-Wilk, mô tả dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn (đối với phân phối chuẩn), hoặc trung vị (bách phân vị thứ 25 và 75) (đối với phân phối không chuẩn), so sánh bằng phép kiểm T-test hoặc Man-Whitney U.

Đối với các yếu tố nguy cơ có sự khác biệt đáng kể khi phân tích đơn biến, mô hình hồi quy logistic nhị phân được sử dụng để phân tích. $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê (thử nghiệm hai phía).

Y đức: Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu quan sát, không can thiệp vào điều trị của người bệnh. Nghiên cứu 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 của chúng tôi gồm 42 bệnh nhân, trong đó có 15 ca (35,7%) có kết quả cấy vi trùng dương và 27 ca (64,3%) cấy vi trùng âm tính.

Bảng 1: Đặc điểm dân số nghiên cứu

		Cấy vi trùng dương (N=15)	Cấy vi trùng âm (N=27)	Tổng (N=42)	P
Tuổi (năm)		64,8 ± 10,04	69,78 ± 12,65	68 ± 11,91	0,198
Giới tính, n (%)	Nam	5 (33,33)	8 (29,63)	13 (30,95)	0,062
	Nữ	10 (66,67)	19 (70,37)	29 (69,05)	
BMI (kg/m²)		22,66 ± 3,15	22,86 ± 3,32	22,78 ± 3,22	0,850
Thời gian nằm viện (ngày)		35,13 ± 12,27	29,89 ± 11,96	31,76 ± 12,19	0,185
Thói quen sinh hoạt, n (%)	Hút thuốc lá	3 (23,08)	10 (64,29)	13 (30,95)	0,314
	Uống rượu bia	3 (25,00)	9 (75,00)	12 (30,77)	0,305
Tiền căn sử dụng thuốc, n (%)	Glucocorticoid	6 (42,86)	8 (57,14)	14 (33,33)	0,495
	Ức chế miễn dịch	2 (100)	0 (0)	2 (4,76)	0,050
Tiền căn bệnh lý, n (%)	Tăng huyết áp	12 (36,36)	21 (63,64)	33 (78,57)	0,866
	Đái tháo đường	8 (40,00)	12 (60,00)	20 (47,62)	0,580
	Bệnh thận mạn	1 (14,29)	6 (85,71)	7 (16,67)	0,390
	Xơ gan	1 (100)	0 (0)	1 (2,38)	0,357
	Bệnh tự miễn	3 (60,00)	2 (40,00)	5 (11,90)	0,329
	Hội chứng Cushing do thuốc	8 (57,14)	6 (42,86)	14 (33,33)	0,040

So sánh đặc điểm lâm sàng nhóm VTSDĐNT cấy vi trùng âm và cấy vi trùng dương:

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng của 2 nhóm VTSDĐNT cấy vi trùng âm và cấy vi trùng dương

	N=42	Cây vi trùng dương (N=15)	Cây vi trùng âm (N=27)	p
Thời gian khởi phát bệnh (ngày)	7 [7 – 21]	7 [5-14]	14 [7-24]	0,116
Triệu chứng lúc nhập viện	Sốt, n (%)	35 (83,33)	14 (40,00)	0,390
	Sức cơ (điểm)	5 [5 – 5]	5 [4-5]	0,534
	Tê bì, n (%)	31 (73,81)	10 (32,26)	0,433
Bí tiêu	Rối loạn tiêu tiêu, n (%)	5 (11,90)	4 (80,00)	0,047

Bảng 3: Đặc điểm sinh hoá của 2 nhóm VTSDĐT cấy vi trùng âm và cấy vi trùng dương

	N=42	Cây vi trùng dương (N=15)	Cây vi trùng âm (N=27)	p
CRP (mg/dL)	103 [34 – 171]	140[84,2 – 258,7]	46,2 [17,7– 161,6]	0,013
WBC (G/L)	13,24 ± 5,35	15,47 ± 7,17	12,00 ± 3,60	0,042
Máu lắng 1 giờ(mm)	89,5 [70 – 116]	90 [68 – 110]	89 [74 – 119]	0,958
HGB (g/L)	116,30 ± 18,33	112,2 ± 19,32	118,58 ± 17,72	0,285
PLT (uL/K)	313,69 ± 159,52	306,47 ± 217,58	317,70 ± 120,78	0,829
Creatinine (mg/dL)	0,82 [0,73 – 1,03]	0,87 [0,77 – 1,2]	0,81 [0,69 – 1,01]	0,152

Bảng 4: Đặc điểm tổn thương trên cộng hưởng từ cột sống trên 2 nhóm VTSDĐT

	N = 42	Cây vi trùng dương (N=15)	Cây vi trùng âm (N=27)	P
Số lượng đốt sống tổn thương	2 [2 – 3]	2 [2 – 3]	2 [2 – 3]	0,853
Phù tuỷ xương	39 (92,86)	15 (100,00)	24 (88,89)	0,180
Giảm chiều cao thân sống (xẹp đốt sống)	22 (52,38)	12 (80,00)	10 (37,04)	0,008
Hẹp ống sống	20 (47,62)	11 (73,33)	9 (33,33)	0,013
Abcess ngoài màng cứng	8 (19,05)	4 (26,67)	4 (14,81)	0,425
Abcess cạnh sống	36 (85,71)	14 (93,33)	22 (81,48)	0,395
Abcess cơ psoas	26 (61,90)	14 (93,33)	12 (44,44)	0,002
Hủy đĩa đệm	24 (57,14)	11 (73,33)	13 (48,15)	0,193
Chèn ép tuỷ	14 (33,33)	7 (46,67)	7 (25,93)	0,193

Đặc điểm vi trùng: Tất cả bệnh nhân được theo dõi viêm thân sống đĩa đệm cột sống đều được cấy máu. Tỷ lệ cấy máu dương tính chiếm 35,71% (15/42 trường hợp), trong đó 5/15 trường hợp cấy mẫu sinh thiết dương.

Trong số 15 ca cấy vi trùng dương tính,

Staphylococcus aureus là vi trùng hay gặp nhất với tỷ lệ 53,33% (8/15 trường hợp), tiếp đến Echeria coli chiếm 20% (3/15 trường hợp), còn lại là Samonella, Klebsiella pneumoniae, Stretococcus agalactiae nhóm B, Burkholderia pseudomallei.

Bảng 5: Hồi quy logistic đa biến yếu tố nguy cơ độc lập cấy vi trùng dương tính

	OR [KTC 95%]	p
Hội chứng Cushing do thuốc	1,44 [0,22 – 9,44]	0,704
Tăng CRP (mỗi 1 mg/dL)	1,006 [0,996 – 1,016]	0,238
Giảm chiều cao thân sống	4,04 [0,46 – 35,19]	0,206
Hẹp ống sống	1,33 [0,15 – 11,65]	0,794

Kết cục điều trị và tái phát:**Bảng 6: Thời gian điều trị kháng sinh và kết cục điều trị ở hai nhóm VTSDĐT cấy vi trùng âm tính và cấy vi trùng dương tính**

	Tổng (n = 42)	Cây vi trùng dương (n=15)	Cây vi trùng âm (n=27)	P
Khỏi	34 (80,95)	14 (93,33)	20 (74,07)	0,222
Tái phát	8 (19,05)	1 (6,67)	7 (25,93)	
Thời gian dùng kháng sinh tĩnh mạch (ngày)	28,5 [21 – 39]	33 [21 – 43]	28 [21 – 38]	0,687
Thời gian dùng kháng sinh đường uống (ngày)	39,5 [14 – 56]	30 [0 – 56]	42 [14 – 56]	0,419

Đáp ứng CRP khi điều trị: Chúng tôi so sánh đáp ứng CRP với điều trị kháng sinh tại thời điểm 2 tuần, 4 tuần và 12 tuần, kết quả cho thấy không có sự khác biệt giữa 2 nhóm VTSDĐT nhiễm trùng cấy vi trùng âm tính và cấy vi trùng dương tính.

Bảng 7. Đáp ứng CRP khi điều trị

	N=42	Cây vi trùng dương (n=15)	Cây vi trùng âm (n=27)	p
Giảm CRP sau 2 tuần (mg/dL)	80,5 [38 – 131]	75 [26 – 155]	86 [38 – 130]	0,925
Giảm CPR sau 4 tuần (mg/dL)	85 [39 – 157]	87 [44 – 158]	80,5 [34 – 127]	0,579
Giảm CRP sau 12 tuần (mg/dL)	106,5 [46 – 160]	95 [47 – 160]	106,5 [40 – 144]	0,715

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ viêm thân sống đĩa đệm nhiễm trùng cây vi trùng dương tính thấp hơn nhóm cây âm tính, tỷ lệ cây dương là 35.7% thấp hơn các nghiên cứu khác^{5,6}. Tỷ lệ cây vi trùng dương tính không cao có thể liên quan đến việc sử dụng kháng sinh ở cơ sở khác trước khi điều trị. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của tác giả Dongwoo cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa việc sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm trước khi nuôi cấy mô và việc xác định vi khuẩn gây bệnh (32/41 ở nhóm cây vi trùng âm tính so với 20/32 ở nhóm cây vi trùng dương tính, $p = 0,194$)⁵. Cho tới nay vẫn còn những tranh luận về ảnh hưởng của kháng sinh theo kinh nghiệm trước khi nuôi cấy mô đến kết quả nuôi cấy vi trùng.

Nghiên cứu của tác giả Dongwoo⁷ cho thấy sự hiện diện của áp xe ngoài màng cứng là yếu tố dự báo mạnh mẽ nhất trong việc dự đoán cây vi trùng dương tính ở bệnh nhân VTSDĐNT. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi chưa tìm thấy yếu tố tiên đoán cây máu dương ở bệnh nhân VTSDĐ nhiễm trùng, điều này có thể lý giải vì cỡ mẫu của chúng tôi ít hơn, tỷ lệ cây máu dương thấp, do đó gây hạn chế trong việc phân tích thống kê.

Ở nhóm VTSDĐ cấy máu dương tính dường như biểu hiện lâm sàng và sinh hoá đều rõ rệt hơn nhóm cây máu âm tính, như bạch cầu và CRP cao hơn, tạo áp xe cơ psoas, hẹp ống sống. Nghiên cứu Dongwoo và cộng sự cũng cho thấy CRP, máu lắng thấp hơn ở nhóm cây vi trùng âm tính, áp xe ngoài màng cứng là yếu tố nguy cơ dự đoán cấy máu dương⁷.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đáp ứng CRP trong điều trị kháng sinh không khác biệt giữa nhóm cây âm và cây dương tại thời điểm 2 tuần, 4 tuần và 12 tuần. Kết quả này tương tự với nghiên cứu tác giả Dongwoo⁷.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ tái phát ở nhóm cây vi trùng dương tính khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với nhóm cây vi trùng âm tính (6,67% so với 25,93%; $p=0,222$). Tỷ lệ tái phát dao động khác nhau tùy theo từng nghiên cứu. McHenry và cộng sự báo cáo tỷ lệ tái phát là 14% ở 253 bệnh nhân, hay một nghiên cứu khác tỷ lệ này là 9,9% ở 314 bệnh nhân.⁸

Nghiên cứu của chúng tôi chưa tìm thấy yếu tố nguy cơ liên quan tới tái phát. Trong khi đó Kim và cộng sự đã chỉ ra rằng mức CRP cao có liên quan đến tỷ lệ tái phát cao hơn⁶. Hoặc trong nghiên cứu khác cho thấy sử dụng kháng sinh dưới 6-8 tuần làm tăng nguy cơ tái phát⁶. Thời gian điều trị tối ưu của kháng sinh luôn là một chủ đề gây tranh cãi. Theo khuyến cáo của Hiệp hội bệnh truyền nhiễm Hoa Kỳ khuyên rằng tổng thời gian điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch hoặc kháng sinh uống có sinh khả dụng cao trong VTSDĐNT nên là 6 tuần. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết các ca đều được điều trị với 3- 4 tuần kháng sinh tĩnh mạch và tiếp tục duy trì với 4-6 tuần kháng sinh đường uống, không có trường hợp nào điều trị kháng sinh dưới 6 tuần.

Hạn chế của nghiên cứu: Đây là Thiết kế nghiên cứu là hồi cứu, cỡ mẫu tương đối nhỏ, điều này có thể dẫn đến một số sai lệch tiềm ẩn trong phân tích.

V. KẾT LUẬN

Viêm thân sống đĩa đệm là nhóm bệnh lý không thường gặp nhưng tỷ lệ ngày càng gia tăng. Bệnh lý nhiễm trùng nặng nhưng tỷ lệ nuôi cấy vi trùng còn chưa cao. Để cải thiện vấn đề nuôi cấy vi trùng cần thực hiện cấy máu trước khi sử dụng kháng sinh, xem xét sinh thiết cột sống sớm nhất có thể để tăng khả năng xác định được vi trùng gây bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Boody BS, Tarazona DA, Vaccaro AR.** Evaluation and management of pyogenic and tubercular spine infections. *Current Reviews in Musculoskeletal Medicine.* 2018;11:643-652.
2. **Fantoni M, Treccarichi EM, Rossi B, et al.** Epidemiological and clinical features of pyogenic spondylodiscitis. *European Review for Medical & Pharmacological Sciences.* 2012;16
3. **Issa K, Diebo BG, Faloony M, et al.** The epidemiology of vertebral osteomyelitis in the United States from 1998 to 2013. *Clinical Spine Surgery.* 2018;31(2):E102-E108.
4. **Russo A, Graziano E, Carnelutti A, et al.** Management of vertebral osteomyelitis over an eight-year period: The UDIPROVE (UDIne PROTOCOL on VERtebral osteomyelitis). *International Journal of Infectious Diseases.* 2019; 89:116-121.
5. **Yu D, Kim SW, Jeon I.** 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;20:1-8.

6. Kim J, Kim Y-S, Peck KR, et al. Outcome of culture-negative pyogenic vertebral osteomyelitis: comparison with microbiologically confirmed pyogenic vertebral osteomyelitis. Elsevier; 2014: 246-252.
7. Yu D, Kim SW, Jeon I. 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(1):1-8.

8. McHenry MC, Easley KA, Locker GA. Vertebral osteomyelitis: long-term outcome for 253 patients from 7 Cleveland-area hospitals. Clinical Infectious Diseases. 2002;34(10):1342-1350.

LIỆU PHÁP BƠM RỬA TUYẾN NƯỚC BỌT BẰNG NƯỚC MUỐI SINH LÝ TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT MẠN TÍNH

Nguyễn Hoàng Nhân¹, Lê Phan Cẩm Tú¹, Hồ Nguyễn Thanh Chơn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị của liệu pháp bơm rửa tuyến nước bọt bằng nước muối sinh lý trên bệnh nhân viêm tuyến nước bọt mạn tính. **Phương pháp:** 11 bệnh nhân được chẩn đoán viêm tuyến nước bọt mạn tính được điều trị bằng liệu pháp bơm rửa tuyến nước bọt với nước muối sinh lý, đánh giá sự thay đổi mức độ đau của bệnh nhân trước và sau can thiệp bằng thang đánh giá số (Numeric Rating Scale-NRS). **Kết quả:** Sự thay đổi NRS sau can thiệp lần đầu giảm có ý nghĩa thống kê ($p=0,001$). Số lần bơm rửa trung bình cho đến khi bệnh nhân cảm thấy hết đau (NRS =0-1) khoảng $5,38 \pm 1,61$ lần. **Kết luận:** Bơm rửa tuyến nước bọt bằng nước muối sinh lý là một liệu pháp điều trị đơn giản, hiệu quả, giảm đau tốt, an toàn cho bệnh nhân viêm tuyến nước bọt mạn tính. **Từ khóa:** viêm tuyến nước bọt mạn tính, bơm rửa tuyến nước bọt.

SUMMARY

THERAPEUTIC EFFECT OF INTRADUCTAL IRRIGATION OF THE SALIVARY GLAND IN CHRONIC OBSTRUCTIVE SIALADENITIS

Objectives: This study aimed to evaluate the effectiveness of intraductal irrigation using normal saline in the treatment of chronic obstructive sialadenitis. **Method:** The sample consisted of 11 patients diagnosed with chronic obstructive sialadenitis. Repeated intraductal irrigation was performed on each affected gland. Pain symptom severity was evaluated using numerical rating scale (NRS). **Results:** The average NRS score exhibited a significant decrease following the initial irrigation procedures ($p=0,001$). The average number of visits for intraductal irrigations until the patient reported the cessation of pain (NRS=0-1) is approximately six. **Conclusions:** The intraductal irrigation using normal

saline is a simple, safe, and effective treatment option for the patients with chronic obstructive sialadenitis.

Keywords: chronic obstructive sialadenitis, intraductal irrigation of salivary gland.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tuyến nước bọt bao gồm viêm cấp tính và mạn tính. Viêm tuyến nước bọt mạn tính là tình trạng viêm của một hay một vài tuyến nước bọt chính, với các triệu chứng sưng, đau tái đi tái lại nhiều lần. Tình trạng này kéo dài có thể làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân¹. Viêm tuyến nước bọt mạn tính tắc nghẽn (do sỏi hoặc hẹp ống tuyến) chiếm khoảng 1/3 bệnh lý lành tính của tuyến nước bọt². Theo nghiên cứu dịch tễ học của Cascarini L (2009), tỷ lệ mắc viêm tuyến nước bọt vào khoảng 27,5/1 triệu người³.

Viêm tuyến nước bọt mạn tính có thể do nhiều nguyên nhân, như sự viêm nhiễm tái phát nhiều lần làm tổn thương tuyến dẫn đến giảm tiết nước bọt, kích thích tạo sỏi tuyến, hoặc hẹp ống tuyến gây tắc nghẽn. Những mảnh vụn vi khuẩn, kết tủa từ protein nước bọt, chất ngoại lai không thấy được trên phim X quang cũng có thể gây ra tắc nghẽn tuyến nước bọt.

Viêm tuyến nước bọt mạn tính được chẩn đoán dựa trên bệnh sử, lâm sàng và hình ảnh phim sialography. Tùy theo nguyên nhân mà có các phương pháp điều trị khác nhau, nếu tắc nghẽn do sỏi ở ống tuyến, thì điều trị phẫu thuật lấy sỏi sẽ giải quyết được triệu chứng. Tuy nhiên, nếu tình trạng tắc nghẽn không phải do sỏi, điều trị kinh điển chủ yếu sử dụng thuốc kháng sinh, kháng viêm, thuốc tăng tiết nước bọt kết hợp với các liệu pháp mát xa tuyến, chườm ấm để làm giảm triệu chứng⁴. Eisdendbud and Cranin (1963) báo cáo rằng những người bị viêm tuyến nước bọt tắc nghẽn đáp ứng tốt sau khi chụp sialography giảm các triệu chứng sưng, đau⁵.

¹Bệnh Viện Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Nhân
 Email: hoangnhan248@gmail.com
 Ngày nhận bài: 12.9.2023
 Ngày phản biện khoa học: 27.10.2023
 Ngày duyệt bài: 15.11.2023