

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN XEP ĐỐT SỐNG NGỰC DO LOÃNG XƯƠNG ĐƯỢC TẠO HÌNH THÂN ĐỐT SỐNG BẰNG BƠM XI MĂNG SINH HỌC CÓ BÓNG TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Đỗ Mạnh Hùng¹, Phạm Minh Đức²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân xẹp đốt sống ngực do loãng xương được tạo hình thân đốt sống bằng bơm xi măng sinh học có bóng ở Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu với 87 bệnh nhân xẹp đốt sống ngực do loãng xương được tạo hình thân đốt sống bằng bơm xi măng sinh học có bóng tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2021 – tháng 1/2023. **Kết quả:** có 27 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nữ chiếm 70,4%, tuổi trung bình là $58,6 \pm 4,9$. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân: điểm VAS trung bình $7,4 \pm 0,8$, có 5 bệnh nhân tổn thương thần kinh mức độ AIS D, điểm ODI trung bình $67,2\% \pm 4,8\%$. Trên Xquang: hầu hết các bệnh nhân tổn thương 1 đốt sống chiếm 92,6%, góc xẹp thân đốt sống trung bình là $29,2^\circ \pm 1,4^\circ$, góc gù vùng là $33,3^\circ \pm 1,8^\circ$. Tscore trung bình là $-3,4 \pm 0,5$, dấu hiệu khoảng sáng trong thân đốt sống chiếm 100%. Trên MRI: có 77,8% bệnh nhân phù nề thân đốt sống, 29,6% bệnh nhân hẹp ống sống, 18,5% bệnh nhân tổn thương phức hợp dây chằng phía sau PLC, dấu hiệu tổn thương giảm tín hiệu trên T1W và tăng tín hiệu trên T2W chiếm 100%. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng nổi bật của bệnh nhân xẹp đốt sống do bệnh Kummell là đau cột sống, có thể có biểu hiện tổn thương thần kinh chủ yếu ở mức độ nhẹ và trung bình. Trên Xquang các bệnh nhân có biểu hiện gù cột sống với góc gù vùng và góc xẹp thân đốt sống tăng, dấu hiệu khoảng sáng trong thân đốt sống. Trên MRI có thể thấy biểu hiện tổn thương phức hợp dây chằng phía sau PLC, phù tủy sống và dấu hiệu khe hở trong thân đốt sống tăng tín hiệu trên T2W và giảm tín hiệu trên T1W.

Từ khóa: Xẹp đốt sống ngực, loãng xương, bơm xi măng sinh học có bóng

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND IMAGING DIAGNOSIS IN PATIENTS WITH THORACOLUMBAR VERTEBRAL COMPRESSION DUE TO KUMMELL'S DISEASE AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with thoracolumbar vertebral compression due to

Kummell's disease at Viet Duc University Hospital.

Methods: A prospective descriptive study conducted on 27 patients with thoracolumbar vertebral compression due to Kummell's disease at Viet Duc University Hospital from January 2021 to January 2023. **Results:** Among the 27 patients in our study, the majority were female, accounting for 70.4%, with an average age of $58,6 \pm 4,9$ years. The clinical characteristics of the patients included an average VAS score of $7,4 \pm 0,8$, with 5 patients presenting with AIS D-level neurological injury, and an average ODI score of $67,2\% \pm 4,8\%$. On X-ray imaging: most patients had damage to a single vertebra (92,6%), with an average vertebral body compression angle of $29,2^\circ \pm 1,4^\circ$, and a regional kyphotic angle of $33,3^\circ \pm 1,8^\circ$, 100% of patients had intravertebral vacuum sign. The average T-score was $3,4 \pm 0,5$. On MRI: 77,8% of patients had vertebral body edema, 29,6% had spinal canal stenosis, and 18,5% had posterior ligamentous complex (PLC) injury, 100% of patients had intravertebral vacuum sign hyperintense on T2W and hypointense on T1W. **Conclusion:** The prominent clinical symptom of patients with vertebral compression due to Kummell's disease is spinal pain, which may be accompanied by neurological symptoms, primarily of mild to moderate severity. On X-rays, patients exhibit spinal kyphosis with an increased kyphotic angle and vertebral body collapse angle, along with a visible intravertebral vacuum sign. MRI may reveal damage to the posterior ligamentous complex (PLC), spinal cord edema, and a signal void within the vertebral body that appears hyperintense on T2W and hypointense on T1W.

Keywords: Thoracic vertebral compression, osteoporosis, balloon kyphoplasty

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là sự giảm khối lượng và chất lượng của hệ thống xương dẫn đến giảm sức mạnh, sức chống đỡ và chịu lực của cột sống, làm xương mòn dần, dễ gãy, dễ lún xẹp. Xẹp đốt sống do loãng xương là một biến chứng hay gặp của loãng xương. Xẹp đốt sống thường không gây tử vong nhưng có thể gây nên những thương tật nặng nề và ảnh hưởng trầm trọng đến hoạt động đời sống và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Đây là biến chứng được báo cáo thấy ở 20% người trên 50 tuổi và 45% trong số này là phụ nữ.

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất của xẹp đốt sống là đau lưng cấp tính, có hoặc không có liên quan đến cơ chế chấn thương. Ngoài ra có thể kể đến các triệu chứng khác như: đau lưng mãn tính, biến dạng cột sống (gù)

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng

Email: manhhungdhy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 25.12.2024

hoặc thậm chí còn có thể chèn ép tuỷ sống gây liệt hai chân.

Có nhiều phương pháp để điều trị xẹp đốt sống do loãng xương nhưng tùy theo nguyên nhân, mức độ tổn thương và biểu hiện lâm sàng mà lựa chọn các phương pháp can thiệp khác nhau. Trong nhiều phương pháp điều trị hiện nay, tạo hình đốt sống bằng bơm xi măng sinh học có bóng qua cuống là phương pháp an toàn, hiệu quả giảm đau nhanh, giúp khôi phục chiều cao của đốt sống, hạn chế nguy cơ rò xi măng.

Đối với đốt sống ngực, nguy cơ cao hơn so với các đốt sống thắt lưng do đó cần đánh giá kĩ càng về lâm sàng và cận lâm sàng để có phương án can thiệp hợp lý vì cuống các đốt sống ngực nhỏ, có tuỷ ngực ở trong.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm tất cả bệnh nhân xẹp đốt sống ngực do loãng xương được tạo hình thân đốt sống bằng bơm xi măng sinh học có bóng tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2021 – tháng 1/2023.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân xẹp đốt sống ngực do loãng xương được tạo hình thân đốt sống bằng bơm xi măng sinh học có bóng tại Bệnh viện Việt Đức có đầy đủ hồ sơ, Xquang và MRI.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân bị xẹp cột sống không phải nguyên nhân do chấn thương và bệnh lý Kummell gây nên như u thân đốt sống,...

Các tham số nghiên cứu: Các thông tin chung thu thập như tuổi, giới. Về lâm sàng triệu chứng đau lưng theo thang điểm VAS. Triệu chứng thực thể gồm dấu hiệu rối loạn cảm giác, rối loạn vận động, ODI... Đo mật độ xương đánh giá T-Score. Trên xquang đánh giá vị trí, số lượng đốt sống tổn thương, góc xẹp đốt sống, góc gù vùng, khoảng sáng thân đốt sống. Trên cộng hưởng từ đánh giá phù tuỷ xương, đặc điểm bệnh lý Kummell

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo các quy định về đạo đức trong nghiên cứu khoa học, mọi dữ liệu thu thập được đảm bảo bí mật tối đa và chỉ dùng cho nghiên cứu khoa học, kết quả được phản ánh trung thực cho các bên liên quan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (N)	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	< 40	0
	Từ 40 - 59	31
	≥ 60	56
	Tổng	87
	Mean ± SD	68,6 ± 10,9
	Min - Max	46 - 81

Bảng 3.2. Phân bố giới của đối tượng nghiên cứu

Giới	Số lượng (N)	Tỷ lệ %
Nữ	19	70,4
Nam	8	29,6
Tổng	27	100

Nhận xét: BN thuộc nhóm tuổi ≥ 60 chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 63,0%

Độ tuổi trung bình là 58,6 ± 4,9. BN nhỏ tuổi nhất là 38, lớn tuổi nhất là 76

Bệnh gặp chủ yếu ở nữ giới (70,4%)

3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

3.2.1. Tiền sử của bệnh nhân

Bảng 3.3. Tiền sử bệnh

Đặc điểm	Số lượng (N)	Tỷ lệ %
Thời gian chấn thương trước phẫu thuật	Từ 3 tháng – dưới 6 tháng	14
	Từ 6 tháng – dưới 1 năm	8
	≥ 1 năm	5
	Tổng	27
Tình trạng Loãng xương trước chấn thương	Có	7
	Không	20

Nhận xét: Số BN có thời gian sau chấn thương đến khi được phẫu thuật từ 3 tháng – dưới 6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 14/27 (51,9%). Có 7/27 BN có tiền sử loãng xương trước khi chấn thương (chiếm 25,9%).

3.2.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân trước khi phẫu thuật

Bảng 3.4. Triệu chứng đau của BN trước khi phẫu thuật

Đặc điểm	Số lượng (N)	Tỷ lệ %
Mức độ đau (VAS)	6 điểm	4
	7 điểm	17
	8 điểm	4
	9 điểm	2
	Tổng	27
	Mean±SD	7,4±0,8

Nhận xét: Điểm VAS trước mổ của BN trung bình là 7,4 ± 0,8, trong đó chủ yếu BN có mức độ đau dữ dội VAS 7 – 8 điểm (77,8%) và có 2 trường hợp đau không chịu được VAS 9 điểm (chiếm 7,4%).

Bảng 3.5. Triệu chứng tổn thương thần

kinh theo ASIA

Đánh giá tổn thương thần kinh		Số lượng N	Tỷ lệ %
Cơ lực	3/5	2	7,4
	4/5	3	11,1
	5/5	22	81,5
	Tổng	27	100
Phân loại AIS	D	5	18,5
	E	22	81,5
	Tổng	27	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 bệnh nhân có tổn thương thần kinh AIS D chiếm 18,5% trong đó 2 trường hợp có cơ lực 3/5 và 3 trường hợp cơ lực 4/5.

Bảng 3.6. Các triệu chứng khác của bệnh nhân

Đặc điểm		Số lượng (N)	Tỷ lệ %
Khả năng nằm ngửa	Không nằm ngửa được	8	29,6
	Nằm ngửa được	19	70,4
Hạn chế hô hấp		2	7,4
Rối loạn cơ tròn		1	3,7

Nhận xét: Có 8/27 bệnh nhân không thể nằm ngửa được do gù cột sống chiếm 29,6%; có 2 bệnh nhân bị hạn chế hô hấp do gù. Có 1 trường hợp rối loạn cơ tròn tiểu không tự chủ được.

3.2.3. Đánh giá chỉ số giảm chức năng cột sống theo thang điểm Oswestry disability index (ODI) trước khi phẫu thuật**Bảng 3.7. Đánh giá chỉ số giảm chức năng cột sống theo thang điểm ODI**

Đánh giá	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Mức 1: mất chức năng ít	1	3,7
Mức 2: mất chức năng vừa	2	7,4
Mức 3: mất chức năng nhiều	13	48,1
Mức 4: mất chức năng rất nhiều	11	40,8
Mức 5: hoàn toàn mất chức năng	0	0
Tổng	27	100
Mean \pm SD	67,2% \pm 4,8%	
Min - max	18% - 78%	

Nhận xét: Chỉ số giảm chức năng cột sống trước khi phẫu thuật của BN trung bình là 67,2% \pm 4,8%, trong đó BN có điểm ODI nhỏ nhất là 18% và cao nhất 78%. Chủ yếu BN bị mất chức năng cột sống ở mức độ nhiều và rất nhiều (48,1% và 40,8%).

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng**3.3.1. Đặc điểm tổn thương trên phim X-quang****Bảng 3.8. Vị trí tổn thương**

Đặc điểm	Số lượng (N)	Tỷ lệ %
Bệnh nhân bị 1 đốt	25	92,6

tổn thương	2 đốt	2	7,4
Tổng		27	100

Nhận xét: Có 2/27 BN bị tổn thương 2 đốt đều là T12 L1 chiếm 7,4%, còn lại 25/27 BN chỉ bị tổn thương 1 đốt sống trong đoạn bản lờ, trong đó đốt sống bị tổn thương nhiều nhất là T12 và L1 chiếm 92,6%.

Bảng 3.9. Tình trạng gù cột sống trên phim Xquang

Trước phẫu thuật	N	Min-Max	Mean \pm SD
Góc gù vùng (Cobb)	27	24°-48°	33,3° \pm 1,8°
Góc xẹp thân đốt	27	8°-38°	29,2° \pm 1,4°

Nhận xét: Bệnh nhân có góc gù vùng trung bình là 33,3° \pm 1,8°, trong đó nhỏ nhất là 24° và lớn nhất là 48°. Góc gù thân đốt trung bình là 29,2° \pm 1,4°, trong đó nhỏ nhất là 8° và lớn nhất là 38°.

Bảng 3.10. Hình ảnh khe sáng trên phim chụp Xquang

Đặc điểm	Số lượng (N)	Tỷ lệ %
Khe sáng trên Xquang nghiêng	27	100
Khe sáng trên Xquang thẳng	22	81,5

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân đều quan sát thấy khe sáng trên Xquang nghiêng; có 22/27 bệnh nhân quan sát thấy khe sáng này trên Xquang thẳng.

3.3.2. Mức độ loãng xương của bệnh nhân**Bảng 3.11. Tình trạng Loãng xương**

Điểm T-Score Total	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
$\geq -2,5$	9	33,3
$< -2,5$	18	66,7
Tổng	27	100
Mean \pm SD	-3,4 \pm 0,5	
Min - max	(-4,5) - (-2,1)	

Nhận xét: Trong số 27 bệnh nhân nghiên cứu có điểm T-Score trung bình là -3,4 \pm 0,5, thấp nhất là (-4,5) và cao nhất là (-2,1). Trong đó có đa số BN bị loãng xương $< -2,5$ (66,7%).

3.3.3. Đặc điểm trên phim MRI cột sống của BN trước phẫu thuật**Bảng 3.12. Đặc điểm trên phim MRI**

Đặc điểm		Số lượng (N)	Tỷ lệ %
Tình trạng phù thân đốt sống	Có phù	21	77,8
	Không phù	6	22,2
Chèn ép tuỷ sống	Có chèn ép	8	29,6
	Không	19	70,4
Tổn thương dây chằng trên gai và liên gai sau	Có tổn thương	5	18,5
	Không	22	81,5
Khoảng trống	Có tổn	27	100

trong thân đốt sống trên T2W	thương		
	Không	0	0

Nhận xét: Tất cả các BN đều được chụp cộng hưởng từ cột sống, trong đó 21 BN có tình trạng phù nề thân đốt sống chiếm 77,8%. Có 8 BN bị chèn ép làm hẹp ống tủy chiếm 29,6%. Có 5/27 trường hợp có tổn thương dây chằng trên gai và liên gai sau chiếm 18,5%. Tất cả các bệnh nhân đều có dấu hiệu khoảng trống trong thân đốt sống trên T2W.

3.3.4. Môi trường quan giữa tình trạng tổn thương dây chằng liên gai sau với góc gù vùng trước phẫu thuật

Bảng 3.13. Môi trường quan giữa tổn thương dây chằng và góc Cobb

Góc gù vùng	Mean \pm SD	p
Dây chằng liên gai sau		
Có tổn thương	37,7 \pm 7,9	0,005
Không tổn thương	32,2 \pm 5,6	

Nhận xét: Góc gù vùng trung bình ở nhóm BN có tổn thương dây chằng liên gai sau là 37,7 \pm 7,9 và ở nhóm không tổn thương là 32,2 \pm 5,6, ta thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,005 < 0,01$. Hay nói cách khác góc gù vùng trước chấn thương ở nhóm BN tổn thương dây chằng liên gai sau lớn hơn nhóm BN không tổn thương với độ tin cậy trên 99%.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh lí Kummell là bệnh lí gây hoại tử xương đốt sống gây xẹp đốt sống, gù cột sống sau chấn thương. Tuy nhiên ở các bệnh nhân xẹp đốt sống có 3 nguyên nhân chính là: nhiễm trùng, khối u ác tính, chấn thương, có thể khó phân biệt giữa các nguyên nhân này đặc biệt khi có loãng xương nặng. Vì vậy đánh đồng bệnh Kummell với hoại tử của đốt sống đã khiến nhiều tác giả báo cáo sai về bệnh lí Kummell ngay cả khi không có tiền sử chấn thương.

Xẹp đốt sống muộn sau chấn thương do bệnh lí Kummell là một hiện tượng ít được báo cáo và ghi nhận trong y văn. Chẩn đoán đại diện của nhóm bệnh này là gãy xương đốt sống sau chấn thương, ban đầu không có triệu chứng lâm sàng, trên Xquang cũng không có dấu hiệu nổi bật, dần dần có triệu chứng đau, yếu liệt và dẫn đến xẹp thân đốt sống. Sự xẹp chậm của đốt sống thường được giải thích là do sự thiếu máu cục bộ dẫn đến hoại tử xương đốt sống. Tuy nhiên mối liên quan giữa bệnh Kummell và hoại tử xương đốt sống và mối liên kết khi chụp Xquang với dấu hiệu khoảng trống trong thân đốt sống đã khiến nhiều tác giả báo cáo sai bệnh nhân bị bệnh lí khác nhưng lại quy thành bệnh lí Kummell.

Năm 1951, Steel và cộng sự đã mô tả bệnh lí Kummell và chia thành 5 giai đoạn: giai đoạn chấn thương ban đầu, giai đoạn sau chấn thương thường ít triệu chứng, giai đoạn khoảng thời gian tiềm ẩn, giai đoạn tái phát với cơn đau cục bộ và dai dẳng, giai đoạn cuối cùng với biểu hiện xẹp nặng đốt sống và gù cột sống, chèn ép thần kinh. Bệnh Kummell thường xảy ra ở người trung niên và cao tuổi. Bệnh nhân bị Kummell có thể bị chẩn đoán nhầm với các bệnh gây hoại tử vô mạch thân đốt sống khác như: đái tháo đường, dùng corticoid, các bệnh gây tắc mạch do đa hồng cầu,...

Bệnh Kummell là chẩn đoán loại trừ vì xẹp thân đốt sống có nhiều nguyên nhân do đó cần phải làm các xét nghiệm khác nhau để loại trừ các bệnh lí ác tính,... Hình ảnh Xquang điển hình của bệnh là khoảng sáng trong thân đốt sống. Trên MRI, hình ảnh có giá trị nhất để chẩn đoán bệnh là hình ảnh khoảng trống tăng tín hiệu trên T2W và giảm tín hiệu trên T1W. Tuy nhiên cần phân biệt với các hình ảnh u trong đốt sống với T2W có độ khuếch tán cao hơn. Mặc dù chẩn đoán hình ảnh có giá trị để chẩn đoán bệnh Kummell nhưng tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán phải là theo dõi chuỗi hình ảnh nối tiếp nhau trong cả quá trình của bệnh. Tuy nhiên việc theo dõi này là rất phức tạp và khó thực hiện trên thực hành lâm sàng. Do đó trên lâm sàng định hướng đến bệnh lí Kummell nếu bệnh nhân có tiền sử chấn thương, có xẹp thân đốt sống sau đó, trên chẩn đoán hình ảnh có dấu hiệu điển hình là khoảng sáng trong thân đốt sống trên Xquang và MRI, đã loại trừ các nguyên nhân gây xẹp đốt sống khác.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng nổi bật của bệnh nhân xẹp đốt sống do bệnh Kummell là đau cột sống, có thể có biểu hiện tổn thương thần kinh chủ yếu ở mức độ nhẹ và trung bình. Trên Xquang các bệnh nhân có biểu hiện gù cột sống với góc gù vùng và góc xẹp thân đốt sống tăng, dấu hiệu khoảng sáng trong thân đốt sống. Trên MRI có thể thấy biểu hiện tổn thương phức hợp dây chằng phía sau PLC, phù tủy sống và dấu hiệu khe hở trong thân đốt sống tăng tín hiệu trên T2W và giảm tín hiệu trên T2W.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mothe AJ, Tator CH.** Advances in stem cell therapy for spinal cord injury. J Clin Invest. 2012;122(11):3824-3834.
2. **Kendler DL, Bauer DC, Davison KS, et al.** Vertebral Fractures: Clinical Importance and Management. The American Journal of Medicine.

- 2016;129(2):221.e1-221.e10.
3. **Baaj AA, Downes K, Vaccaro AR, Uribe JS, Vale FL.** Trends in the treatment of lumbar spine fractures in the United States: a socioeconomics perspective: clinical article. *J Neurosurg Spine.* 2011;15(4):367-370.
 4. **Jo DJ, Kim YS, Kim SM, Kim KT, Seo EM.** Clinical and radiological outcomes of modified posterior closing wedge osteotomy for the treatment of posttraumatic thoracolumbar kyphosis. *J Neurosurg Spine.* 2015;23(4):510-517.
 5. **Munting E.** Surgical treatment of post-traumatic kyphosis in the thoracolumbar spine: indications and technical aspects. *Eur Spine J.* 2010;19 Suppl 1:S69-73.
 6. **Young WF, Brown D, Kendler A, Clements D.** Delayed post-traumatic osteonecrosis of a vertebral body (Kummell's disease) *Acta Orthop Belg.* 2002;68(1):13-19. [PubMed] [Google Scholar]
 7. **Brower AC, Downey EF., Jr** Kummell disease: report of a case with serial radiographs. *Radiology.* 1981;141(2):363-364. [PubMed] [Google Scholar]
 8. **Yu CW, Hsu CY, Shih TT, Chen BB, Fu CJ.** Vertebral osteonecrosis: MR imaging findings and related changes on adjacent levels. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2007;28(1):42-47. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
 9. **Mirovsky Y, Anekstein Y, Shalmon E, Peer A.** Vacuum clefts of the vertebral bodies. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2005;26(7):1634-1640. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
 10. **Freedman BA, Heller JG.** Kummel disease: a not-so-rare complication of osteoporotic vertebral compression fractures. *J Am Board Fam Med.* 2009;22(1):75-78. [PubMed] [Google Scholar]

ĐẶC ĐIỂM KHÁNG SINH CỦA MỘT SỐ VI KHUẨN GÂY BỆNH ĐƯỜNG HÔ HẤP THƯỜNG GẶP TRÊN BỆNH NHÂN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH YÊN BÁI NĂM 2022

Nguyễn Văn An^{1,2}, Triệu Thanh Bình³, Lê Hạ Long Hải^{4,5}

TÓM TẮT

Nhiễm khuẩn hô hấp là một trong những nguyên nhân gây bệnh chính và gây tử vong hàng đầu ở trẻ nhỏ. Sự lan tràn các chủng vi khuẩn kháng kháng sinh càng dẫn tới nhiều thách thức trong việc lựa chọn kháng sinh phù hợp và hạn chế các liệu pháp điều trị hiệu quả. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu cắt ngang nhằm xác định tỷ lệ nhiễm và đặc điểm kháng kháng sinh các chủng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn hô hấp thường gặp ở bệnh nhi tại bệnh viện đa khoa tỉnh Yên Bái năm 2022. **Kết quả:** Tỷ lệ phần lập được vi khuẩn gây bệnh là 32,7%, trong đó *Haemophilus influenzae* là vi khuẩn phổ biến nhất (36,0%), tiếp đó là *Streptococcus pneumoniae* (30,0%), *Moraxella catarrhalis* (22,0%) và *Staphylococcus aureus* (9,8%). *H. influenzae* có tỷ lệ kháng cao nhất với Ampicillin-sulbactam (91,9%), Ampicillin (91,6%) và Cefuroxime (88,0%). *S. pneumoniae* có tỷ lệ kháng cao nhất với erythromycin (98,7%), clindamycin (96,5%) và tetracycline (85,3%). *M. catarrhalis* có tỷ lệ kháng cao nhất với các kháng sinh azithromycin, erythromycin và trimethoprim-sulfamethoxazole, với tỷ lệ lần lượt là 75,5%, 66,7% và 55,9%. Tỷ lệ tụ cầu vàng kháng methicillin (*Methicillin resistant Staphylococcus aureus*-

MRSA) là 80,3%. **Kết luận:** Nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sử dụng kháng sinh hợp lý, cần có các biện pháp giám sát và kiểm soát sử dụng kháng sinh tại các cơ sở y tế, đồng thời nâng cao nhận thức cộng đồng về để giảm thiểu tình trạng kháng kháng sinh và bảo vệ sức khỏe cộng đồng.

Từ khóa: nhiễm khuẩn hô hấp, kháng kháng sinh, bệnh viện đa khoa tỉnh Yên Bái.

SUMMARY

ANTIBIOTIC RESISTANCE CHARACTERISTICS OF COMMON BACTERIA CAUSING RESPIRATORY INFECTION AMONG CHILDREN AT YEN BAI GENERAL HOSPITAL

Respiratory infections are a leading cause of morbidity and mortality among young children. Treatment is complicated by the spread of antimicrobial resistant strains, which presents a challenge in selecting appropriate antibiotics and limits the choices for effective therapy. **Methods:** This cross-sectional study aimed to determine the infection rate and antibiotic resistance profiles of common bacteria causing respiratory infections in pediatric patients at Yen Bai Province General Hospital in 2022. **Results:** Pathogenic bacteria were isolated in 32.7% of cases. The most frequently isolated bacteria were *Haemophilus influenzae* (36.0%), followed by *Streptococcus pneumoniae* (30.0%), *Moraxella catarrhalis* (22.0%), and *Staphylococcus aureus* (9.8%). *H. influenzae* exhibited high resistance to ampicillin-sulbactam (91.9%), ampicillin (91.6%), and cefuroxime (88.0%). *S. pneumoniae* showed the highest resistance rates to erythromycin (98.7%), clindamycin (96.5%), and tetracycline (85.3%). *M. catarrhalis* had the highest resistance to azithromycin (75.5%), erythromycin (66.7%), and trimethoprim-sulfamethoxazole (55.9%). The rate of methicillin-

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện Quân y 103

³Bệnh viện đa khoa tỉnh Yên Bái

⁴Đại học Y Hà Nội

⁵Bệnh viện Da liễu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hạ Long Hải

Email: lehalonghai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2024

Ngày duyệt bài: 24.12.2024