

do huyết áp gây ra tăng kháng trở động mạch sẽ kích thích sự phì đại tế bào, hình thành collagen và nguyên bào sợi, và do đó dẫn đến tái cấu trúc cơ tim với sự gia tăng mô xơ không cân đối. Những thay đổi này sau đó sẽ làm giảm độ giãn nở của cơ thất trái, và dẫn đến rối loạn chức năng tâm trương. Ngoài ra, động mạch cảnh và các động mạch lớn khác cũng có những thay đổi về cấu trúc, cùng với sự gia tăng độ cứng động mạch sẽ dẫn đến làm tăng huyết áp tâm thu có thể thúc đẩy sự phát triển của phì đại thất trái.

V. KẾT LUẬN

Huyết áp động mạch trung tâm có mối liên quan và tương quan với chỉ số khối cơ thất trái ở bệnh nhân tăng huyết áp.

VI. KIẾN NGHỊ

Bệnh nhân tăng huyết áp cần được kết hợp đánh giá các thông số huyết động bao gồm cả ngoại biên và trung tâm để góp phần vào việc chẩn đoán và phát hiện các biến chứng tim mạch, từ đó nâng cao chất lượng theo dõi và điều trị ở bệnh nhân tăng huyết áp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 Lê Hùng Phương và Trương Quang Bình. Nghiên cứu huyết áp động mạch chủ trung tâm của bệnh nhân tăng huyết áp. Y Học TP. Hồ Chí Minh, 2013: 17.
- 2 Cheng, H.M., Chuang, S.Y., Wang, T.D., Kario, K., Buranakitjaroen, P., Chia, Y.C., et al. Central blood pressure for the management of

- hypertension: Is it a practical clinical tool in current practice?. J Clin Hypertens (Greenwich). 2020;22(3): 391-406
- 3 Cuspidi, C., Facchetti, R., Bombelli, M., Tadic, M., Sala, C., Grassi, G. et al. High Normal Blood Pressure and Left Ventricular Hypertrophy Echocardiographic Findings From the PAMELA Population. Hypertension. 2019;73(3): 612-619.
 - 4 Lang, R.M., Badano, L.P., Mor-Avi, V., Afialo, J., Armstrong, A., Ernande, L. et al. Recommendations for cardiac chamber quantification by echocardiography in adults: an update from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging. Eur Heart J Cardiovasc Imaging. 2015; 16(3): 233-270.
 - 5 Lindroos, A.S., Langén, V.L., Kantola, I., Salomaa, V., Juhanoja, E.P., Sivén, S.S. et al. Relation of blood pressure and organ damage: comparison between feasible, noninvasive central hemodynamic measures and conventional brachial measures. J Hypertens. 2018;36(6): 1276-1283.
 - 6 McEniery, C.M., Yasmin, McDonnell, B., Munnerly, M., Wallace, S.M., Rowe, C.V., Cockcroft, J.R. et al. Central pressure: variability and impact of cardiovascular risk factors: the Anglo-Cardiff Collaborative Trial II'. Hypertension. 2008;51(6): 1476-1482.
 - 7 Negishi, K., Yang, H., Wang, Y., Nolan, M.T., Negishi, T., Pathan, F. et al. Importance of Calibration Method in Central Blood Pressure for Cardiac Structural Abnormalities. Am J Hypertens. 2016; 29(9): 1070-1076.
 - 8 Yu, K., Bai, X.J., Jin, B., Zhao, X., Han, L.L., and Zhang, W.G. Central Blood Pressure Parameters Correlate with Cardiac Structure and Function in Healthy Chinese Individuals without Cardiovascular Disease. Cardiology. 2018;140, (1): 1-7.

LIỆT CHI DƯỚI MỘT BÊN SAU GÂY TÊ TỦY SỐNG PHỐI HỢP NGOÀI MÀNG CỨNG Ở BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT KHỚP GỐI: BẢO CÁO CA LÂM SÀNG

Dương Đình Toàn^{1,2}, Trịnh Thu Huyền^{1,2}

TÓM TẮT

Các biến chứng thần kinh nghiêm trọng sau khi phong bế thần kinh, bao gồm cả tổn thương thần kinh vĩnh viễn rất hiếm gặp trong thực hành gây mê hồi sức. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân sau phẫu thuật khớp gối phải được gây tê tủy sống và ngoài màng cứng phối hợp. Sau khi phẫu thuật, bệnh nhân được theo dõi 4h tại phòng hồi tỉnh rồi chuyển

về bệnh phòng điều trị, giảm đau ngoài màng cứng với Levobupivacain 0.1% phối hợp Fentanyl 2mcg/ml và Adrenalin 1/200.000. Hai ngày sau phẫu thuật, bệnh nhân mất cảm giác từ D12 đến gối trái, liệt vận động không gặp được gối trái, kết quả MRI bình thường. Bệnh nhân đang trong giai đoạn phục hồi chức năng. Chúng tôi thảo luận về các yếu tố, nguyên nhân có thể dẫn đến tình trạng trên. Bên cạnh đó chúng tôi thảo luận thêm về chẩn đoán bệnh thoái hoá khớp gối, chỉ định phẫu thuật thay khớp và thay đổi tình huống trong mổ.

SUMMARY

UNILATERAL LOWER EXTREMITY PARALYSIS FOLLOWING COMBINED EPIDURAL SPINAL ANESTHESIA IN KNEE SURGERY PATIENTS: A CASE REPORT

¹Trường Đại Học Y Hà Nội,

²Bệnh viện HN Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Dương Đình Toàn

Email: duongdinhtoan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 24.01.2022

Ngày duyệt bài: 10.2.2022

Serious neurological complications following nerve block, including permanent nerve damage, are rare in the practice of general anesthesia. We report a case of a patient who, after knee surgery, required a combination of spinal and epidural anesthesia. After surgery, the patient was monitored for 4 hours in the recovery room and then transferred to the treatment room, where the epidural analgesia was given with Levobupivacaine 0.1% combined with Fentanyl 2mcg/ml and Adrenalin 1/200.000. Two days after surgery, the patient lost sensation from D12 to the left knee, motor paralysis could not flex the left knee, and the MRI results were normal. The patient is in the rehabilitation phase. We discuss the factors that can lead to the above situation. In addition, we discussed more about the diagnosis of knee osteoarthritis, indications for joint replacement surgery, and changing the surgical situation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệt sau gây tê tủy sống và ngoài màng cứng thường hiếm khi được báo cáo trong y văn. Theo kết quả của các nghiên cứu hồi cứu thấy rằng tỷ lệ tổn thương thần kinh sau gây tê tủy sống và ngoài màng cứng là rất thấp. Biến chứng này có thể là hậu quả của rất nhiều yếu tố khác nhau, có thể là áp xe dưới hoặc ngoài màng cứng, tụ máu tủy sống, tụ máu ngoài màng cứng, thiếu máu cục bộ tủy sống, tổn thương do kim chọc và thiếu máu tủy. Chúng tôi báo cáo một trường hợp liệt bán phần chi dưới sau gây tê tủy sống kết hợp ngoài màng cứng ở bệnh nhân mổ khớp gối. Chẩn đoán nguyên nhân và phương hướng điều trị được đưa ra để thảo luận.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 68 tuổi, tiền sử đái tháo đường typ 2 điều trị bằng Gliclazid 1 viên/ ngày. Bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa gối phải tiên phát giai đoạn IV, có chỉ định thay khớp gối nhân tạo. Khám lâm sàng trước mổ bệnh nhân thể trạng béo BMI 24, mạch 78l/p, HA 120/70 mmHg, T0 370C. Cơ năng bệnh nhân đau gối phải khi vận động, đi lại, cứng khớp buổi sáng dưới 30 phút, lạo xạo khớp khi cử động. Thăm khám: khớp gối bên phải sưng nhẹ, veo ngoài khoảng 20 độ, không có dấu hiệu nóng, đỏ. Glucose máu 4.06 mmol/l, chức năng gan thận bình thường. Máu lắng 140mm, CRP 11,8mg/L, BC 12,2G/L, BC hạt trung tính 8,8G/L. Bệnh nhân được vô cảm bằng tê tủy sống với Bupivacain 6mg+ 0.05 mg Fentanyl bằng kim tủy sống G25 trình phẫu thuật, huyết động bệnh nhân ổn định. Khi mở khớp gối, dịch khớp gối có màu vàng đục, sụn khớp thâm màu, bao hoạt dịch viêm dày, có màu bọt nghi ngờ nhiễm khuẩn khớp nên không tiến hành thay khớp gối mà chỉ làm sạch dẫn lưu khớp gối (lấy dịch khớp gối làm xét

NGHIỆM VI SINH, LẤY BHD LÀM GPB). Bệnh nhân chuyển ra phòng hồi tỉnh sau 1h phẫu thuật, được lắp giảm đau ngoài màng cứng với hỗn hợp Chirocain 0.1%+ Adrenalin 1/200.000+ Fentanyl 2mcg/ml bơm tiêm điện SE 5ml/h. Sau 3 h theo dõi tại hồi tỉnh, bệnh nhân huyết động ổn định, phong bế cảm giá dưới D12, không phong bế vận động Bromage 0, được chuyển về khoa chấn thương điều trị tiếp. Đến ngày thứ ba sau mổ bệnh nhân xuất hiện yếu liệt chân trái với biểu hiện không gập được gối trái, mất cảm giác từ D12 xuống gối, vận động và cảm giác từ gối xuống bàn và ngón chân trái bình thường. Chân phải vận động và cảm giác hoàn toàn bình thường. Thuốc giảm đau ngoài màng cứng được chỉ định dừng, bệnh nhân được cho đi chụp MRI cột sống thắt lưng. Kết quả chụp MRI không phát hiện bất thường, không có tụ máu ngoài màng cứng hay trong tủy sống, không có khối áp xe hay viêm nhiễm vùng cột sống. Điện chẩn thần kinh cơ có dấu hiệu mất chi phối thần kinh vị trí các cơ chân bên trái (cơ tứ đầu đùi, cơ chày trước, cơ sinh đôi trong). Kết quả nuôi cấy dịch khớp gối sau 72h không có vi khuẩn, kết quả GPB không thấy tổn thương lao màng hoạt dịch. Bệnh nhân được tập phục hồi chức năng với bài tập các nhóm cơ và điện xung thần kinh. Sau 12 ngày điều trị, triệu chứng liệt vận động có dấu hiệu hồi phục với khả năng đứng trụ chân trái, cảm giác chưa thấy có tín hiệu hồi phục.

III. BÀN LUẬN

Chẩn đoán trước mổ

Chẩn đoán thoái hoá khớp gối. Cho đến nay trên thế giới, chẩn đoán bệnh thoái hoá khớp gối tiên phát vẫn dựa vào tiêu chuẩn của hội khớp học Hoa Kỳ (ACR) [1] 1991: có độ nhạy 94%, độ đặc hiệu 88%, gồm:

1. Đau khớp gối.^[1,2]

2. Có gai xương ở rìa khớp trên Xquang.^[3]

3. Dịch khớp là dịch thoái hoá (dịch khớp trong, độ nhớt giảm hoặc bạch cầu dịch khớp dưới 2000 tế bào/ mm3).

4. Tuổi trên 40.^[4]

5. Cứng khớp dưới 30 phút.^[5]

6. Lạo xạo khi cử động.

Chẩn đoán xác định khi có yếu tố 1, 2 hoặc 1, 3, 5, 6 hoặc 1, 4, 5, 6.

Trên thực tế lâm sàng thường sử dụng phối hợp tiêu chuẩn 1,2 hoặc 1,4,5,6 để chẩn đoán thoái hoá khớp gối tiên phát. Tiêu chuẩn 1,3,5,6 ít sử dụng vì chọc dịch khớp gối làm tăng nguy cơ nhiễm trùng khớp cho bệnh nhân (tỷ lệ nhiễm trùng do chọc dịch khớp gối giao động từ 0,02-

0,05%). Chọc dịch khớp gối chỉ sử dụng khi lâm sàng nghi ngờ viêm khớp nhiễm khuẩn.

Chỉ định phẫu thuật thay khớp gối. Theo guideline về điều trị thoái hoá khớp gối, bệnh nhân thoái hoá khớp gối giai đoạn III, IV, đau gối mức độ vừa hoặc nặng, ảnh hưởng đến chức năng khớp có chỉ định thay khớp [2]. Một số tiêu chuẩn loại trừ: viêm khớp nhiễm khuẩn; có nhiễm trùng ngoài da vùng khớp gối chỉ định thay; nhiễm trùng toàn thân, các bệnh lý nền mức độ nặng.

Giá trị của tốc độ máu lắng và CRP trong bệnh thoái hoá khớp gối. Tốc độ máu lắng VSS hay CRP tăng trong hầu hết các bệnh nhân thoái hoá khớp gối tiên phát do tình trạng viêm vô khuẩn bao khớp, bao hoạt dịch thuộc bệnh cảnh của bệnh thoái hoá khớp. Một nghiên cứu của Mitsuru Hanada [3] cho thấy mức độ tăng của CRP và VSS tỷ lệ thuận với triệu chứng lâm sàng (sưng, đau khớp gối) và mức độ thoái hoá khớp trên Xquang, theo đó thoái hoá khớp gối giai đoạn III, IV có mức độ tăng VSS và CRP cao hơn thoái hoá khớp giai đoạn I, II; khớp gối bệnh nhân càng sưng, đau thì CRP, VSS càng tăng. BC tăng gặp trong các trường hợp nhiễm trùng nói chung và một số bệnh ác tính về máu. Một số bệnh lý viêm nhiễm vùng tai mũi họng cũng gây tăng số lượng BC và BC đa nhân trung tính. Trong thoái hoá khớp, số lượng BC và BC đa nhân trung tính có tăng nhẹ do phản ứng viêm không đặc hiệu. Trong trường hợp này, quyết định phẫu thuật thay khớp dựa và tình trạng lâm sàng.

Thay đổi phương án điều trị khi nghi ngờ viêm khớp nhiễm khuẩn. Đối với chẩn đoán bệnh, tùy theo tình trạng trước mổ, trong mổ và sau mổ mà có các chẩn đoán có thể giống nhau hoặc không giống nhau. Chẩn đoán lâm sàng trong mổ là chẩn đoán chính xác nhất, có thể trùng hoặc không trùng với chẩn đoán trước mổ, Chẩn đoán trong mổ quyết định phương pháp điều trị. Trường hợp này khi mổ quan sát thấy dịch khớp vàng đục, sụn khớp thâm màu, bao hoạt dịch viêm dày, phẫu thuật viên nghi ngờ viêm khớp do vi khuẩn, vì vậy đảm bảo an toàn cho người bệnh là trên hết nên phẫu thuật viên có quyền quyết định dừng thay khớp, lấy dịch khớp đến tế bào, cấy khuẩn và làm GPB tổ chức bao hoạt dịch, sẽ thay khớp sau khi chắc chắn không có vi khuẩn trong dịch khớp. Kết quả nuôi cấy không thấy vi khuẩn trong dịch khớp. Cho đến nay, tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán viêm khớp nhiễm khuẩn là cấy dịch khớp có vi khuẩn [4].

Về lựa chọn phương pháp vô cảm

Chỉ định gây tê tủy sống và ngoài màng cứng: Phẫu thuật bụng dưới: ngang rốn trở xuống như cắt ruột thừa, thoát vị bẹn

Các phẫu thuật sản phụ khoa: cắt tử cung, cắt u nang buồng trứng, thông vòi trứng, mổ lấy thai

Các phẫu thuật chi dưới: chỉnh hình, mạch máu, cắt cụt, ghép da.

Các phẫu thuật tiết niệu : cắt nội soi u xơ tiền liệt tuyến qua niệu đạo,

Giảm đau sản khoa, giảm đau sau mổ ngực, bụng, chi dưới, ung thư giai đoạn cuối và một số bệnh lý nội khoa.

Chống chỉ định của gây tê tủy sống và ngoài màng cứng: Bệnh nhân từ chối

Thiếu khối lượng tuần hoàn

Rối loạn đông máu

Nhiễm trùng tại vùng da chỗ chọc

Bất thường giải phẫu không thể chọc được: gù, vẹo, viêm cột sống dính khớp

Như vậy ở bệnh nhân này chỉ định sử dụng gây tê tủy sống để mổ và ngoài màng cứng để giảm đau sau mổ là hoàn toàn hợp lý, không có bất kỳ một chống chỉ định nào.

Các tác dụng không mong muốn của gây tê tủy sống và ngoài màng cứng bao gồm:

Thất bại khi gây tê phải chuyển sang gây mê toàn thân

Mạch chậm, tụt huyết áp do ức chế giao cảm

Nôn và buồn nôn sau mổ

Bí tiểu

Đau chỗ chọc

Ngộ độc thuốc tê: biến chứng này rất hiếm gặp, do đưa một lượng thuốc tê vào mạch máu trong khoang màng cứng. Bệnh nhân có biểu hiện choáng váng, đau tức ngực, khó thở, co giật. Biến chứng này thường xảy ra rất sớm ngay khi lượng thuốc tê bị đưa vào mạch máu, và là biểu hiện của ngộ độc toàn thân chứ không phải độc thần kinh tại chỗ, được điều trị bằng truyền nhũ dịch Intralipid 20% tĩnh mạch khi có biểu hiện ngộ độc. Đến nay chưa có một khuyến cáo nào cho việc sử dụng Intralipid điều trị tổn thương thần kinh tại chỗ mà chỉ sử dụng cho ngộ độc thuốc tê toàn thân khi thuốc tê được đưa nhầm vào mạch máu, và thường xảy ra nhiều trong các trường hợp gây tê đám rối thần kinh, hay tê thân thần kinh chứ chưa ghi nhận trong trường hợp gây tê tủy sống và ngoài màng cứng.

Liệt hay tổn thương thần kinh:

Các loại tổn thương thần kinh có thể xảy ra: tổn thương thần kinh trong gây tê tủy sống và ngoài màng cứng là cực kỳ hiếm, thông thường chỉ là tổn thương tạm thời có khả năng hồi phục, tổn thương liệt vĩnh viễn thường rất hiếm khi xảy ra.

Các hình thái tổn thương thần kinh được ghi nhận bao gồm:

Một dây thần kinh đơn độc hoặc một nhóm dây bị tổn thương. Do đó khu vực bị ảnh hưởng có thể nhỏ hoặc lớn.

Nhẹ nhất là liệt một vùng hoặc 1 khu vực đau khu trú.

Có thể có những vùng trên cơ thể bị loạn cảm hoặc tăng cảm giác đau.

Yếu cơ có thể xảy ra ở một hoặc nhiều nhóm cơ.

Trường hợp nghiêm trọng nhất là liệt một hoặc cả hai chân hoặc mất kiểm soát ruột và bàng quang.

Phần lớn mọi tổn thương sẽ được phục hồi trong vài ngày hoặc vài tuần. Tổn thương vĩnh viễn thường rất hiếm xảy ra.

Các nguyên nhân gây ra tổn thương thần kinh: tổn thương trực tiếp, máu tụ, nhiễm trùng, thiếu máu và một số nguyên nhân khác.

Tổn thương trực tiếp: thể xảy ra nếu kim gây tê tủy sống hoặc ngoài màng cứng chọc vào dây thần kinh. Điều này sẽ gây cảm giác đau chói hoặc giập chân khi làm thủ thuật. Khi đó bác sỹ gây mê sẽ ngay lập tức rút kim ra và chọc ở vị trí khác. Tổn thương thần kinh có thể xảy ra nhưng rất ngắn và có tính chất tạm thời.

Máu tụ: đôi khi một khối máu tụ gần dây thần kinh do tổn thương chọc vào mạch máu, đè vào dây thần kinh hoặc trên tủy sống hoặc ngoài màng cứng. Tỷ lệ gặp khá hiếm < 1/150.000. Điều này sẽ gây liệt một bên hoặc cả hai bên. Tổn thương này sẽ thấy được trên phim chụp CT-scans hoặc MRI, phẫu thuật lấy bỏ khối máu tụ sẽ giải phóng chèn ép thần kinh và tình trạng liệt sẽ được phục hồi. Thời gian hồi phục tùy thuộc vào thời gian phát hiện tổn thương cũng như mức độ tổn thương thần kinh, có thể dao động từ 6-8 tuần, hoặc 6 tháng. Có trường hợp ghi nhận tổn thương vĩnh viễn không hồi phục (thường sau 2 năm không phục hồi được coi như là tổn thương vĩnh viễn).

Nhiễm trùng: nguyên nhân phổ biến nhất dẫn đến nhiễm trùng khi gây tê tủy sống và ngoài màng cứng là nhiễm trùng chỗ chọc trên da. Rất hiếm khi nhiễm trùng có thể phát triển sát tủy sống và các dây thần kinh chính. Có thể có áp xe hoặc viêm màng não mủ. Những nhiễm trùng này là rất nghiêm trọng và cần điều trị khẩn cấp với thuốc kháng sinh và /hoặc phẫu thuật để ngăn ngừa tổn thương thần kinh vĩnh viễn.

Cung cấp máu không đủ: khi gây tê ngoài màng cứng và tủy sống có thể gây tụt huyết áp làm giảm lưu lượng máu đến dây thần kinh, tuy nhiên điều này hiếm khi gây tổn thương thần

kinh vì tụt huyết áp thường được sửa chữa sớm nhờ truyền dịch và sử dụng thuốc co mạch.

Những nguyên nhân khác: tổn thương thần kinh do phẫu thuật, tư thế phẫu thuật gây co kéo các dây thần kinh và gây tổn thương, garo kéo dài dẫn đến thiếu máu và phản ứng viêm, các bệnh lý nền có sẵn của bệnh nhân như tiểu đường hoặc xơ vữa động mạch có thể làm cho tổn thương thần kinh tăng lên.

Đối chiếu với các nguyên nhân có thể gây tổn thương, nguyên nhân gây liệt ở bệnh nhân của chúng tôi chưa hoàn toàn rõ ràng. Trong quá trình làm thủ thuật không nhận thấy tình trạng tổn thương khi chọc như đau chói, giập chân, không có máu khi luồn catheter ngoài màng cứng. Khi bệnh nhân xuất hiện liệt chân đã được thăm khám và chụp MRI cột sống không phát hiện khối máu tụ đè ép hay tình trạng viêm cũng như áp xe. Trên bệnh nhân này chỉ có một yếu tố nguy cơ duy nhất ghi nhận được là bệnh nhân có tiểu đường và MRI cột sống thắt lưng ghi nhận có tình trạng hẹp ống sống và thoát vị đĩa đệm ngang mức L3-4-5. Đây cũng có thể là nguyên nhân gây giảm tưới máu vùng dây thần kinh. Ngoài ra các nghiên cứu thực nghiệm đã chỉ ra rằng tất cả các thuốc gây tê có khả năng gây độc thần kinh. Do đó, tác động gây hại có thể xảy ra từ tác động trực tiếp của thuốc trên dây thần kinh. Về mặt lâm sàng, phạm vi độc tính thần kinh từ tê bì ở háng và các hội chứng thần kinh thoáng qua đến hội chứng đuôi ngựa không hồi phục. Nghiên cứu trên động vật cho thấy Levobupicain và Ropivacain ở nồng độ cao có thể làm hỏng cấu trúc thần kinh. Tuy nhiên các thử nghiệm lâm sàng chứng minh ứng dụng của thuốc được chấp nhận rất tốt và ít gây nhiễm độc thần kinh

Về mặt tiên lượng hồi phục: sau 12 ngày tập vật lý trị liệu và phục hồi chức năng, bệnh nhân có tín hiệu hồi phục về vận động cũng như cải thiện về cơ lực. Tuy nhiên thời gian hồi phục tiên lượng còn kéo dài, cần kiên trì tập luyện kèm phục hồi dinh dưỡng tốt.

VI. KẾT LUẬN

Tổn thương thần kinh là một biến chứng hiếm gặp của gây tê tủy sống phối hợp với ngoài màng cứng. Trong phần lớn các trường hợp, một dây thần kinh đơn lẻ bị ảnh hưởng, hạn chế gây yếu cơ rối loạn cảm giác. Những hiệu ứng này thường là tạm thời với sự phục hồi hoàn toàn trong vài ngày hoặc vài tuần. Tổn thương thần kinh vĩnh viễn dẫn đến liệt là rất hiếm.

Chẩn đoán thoái hoá khớp và chỉ định phẫu

thuật thay khớp chủ yếu dựa vào dấu hiệu lâm sàng và phim Xquang. Các chỉ số huyết thanh như CRP, VSS tăng trong hầu hết bệnh nhân thoái hoá khớp do phản ứng viêm. Không có xét nghiệm huyết thanh nào đặc hiệu cho viêm khớp nhiễm khuẩn ngoài chọc dò nuôi cấy dịch khớp. Những trường hợp thoái hoá khớp có BC tăng hơn bình thường nên khám phổi hợp tại mũi họng tìm ổ nhiễm khuẩn tiềm tàng trước khi phẫu thuật. Trong mổ thay khớp, thấy nghi ngờ viêm khớp nhiễm khuẩn và chưa có bằng chứng vô khuẩn thì dừng thay khớp, điều trị như viêm khớp nhiễm khuẩn là cách xử lý an toàn, tránh được biến chứng nặng nề sau thay khớp-biến chứng nhiễm trùng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Altman R.D (1991).** Criteria for classification of clinical osteoarthritis. *J Rheumatol Suppl*, 27, 10-12.
2. **Mike D. Van Manen, DO James Nace, DO (2012).** Management of Primary Knee Osteoarthritis and Indications for Total Knee Arthroplasty for General Practitioners. *JAOA*, 112 (11) 709-715
3. **Mitsuru Hanada, Masaaki Takahashi (2016).** Elevated erythrocyte sedimentation rate and high-sensitivity C-reactive protein in osteoarthritis of the knee: relationship with clinical findings and radiographic severity. *Annals of Clinical Biochemistry*, 53(5) 548–553
4. **Brit Long, MD, Alex Koyfman, MD (2019).** Evaluation and Management of Septic Arthritis and its Mimics in the Emergency Department. *Western Journal of Emergency Medicine*, 20 (2) 331-341

TỔN THƯƠNG DA VẢY PHẦN DẠNG LICHEN VÀ ĐẬU MÙA CẤP TÍNH SAU TIÊM PHÒNG VẮC XIN BIONTECH/PFIZER: BÁO CÁO CA BỆNH

Trần Thị Thùy Trang¹, Phạm Thị Mai Hương¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sau gần hai năm thực hiện tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 trên thế giới, cho đến nay có những báo cáo ghi nhận phản ứng tại da sau tiêm phòng. Phản ứng da ghi nhận sau tiêm vắc xin mRNA (Messenger RNA) thường bao gồm phản ứng tại chỗ chàm, mề đay, hồng ban đa dạng. Vảy phần dạng lichen và đậu mùa cấp tính (Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta – PLEVA) là bệnh da hiếm gặp và là một thể bệnh của vảy phần dạng lichen. Căn nguyên của bệnh không rõ ràng, bệnh có thể xuất hiện tự phát hoặc sau nhiễm virus, vi khuẩn, tiêm phòng vắc xin. Chúng tôi mô tả một trường hợp mắc PLEVA sau tiêm vắc xin mRNA phòng COVID-19 (BioNTech/Pfizer) được khám tại phòng khám Da liễu, bệnh viện Nhi Trung Ương. **Ca lâm sàng:** Trẻ nam 13 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, sau tiêm mũi thứ hai vắc xin BioNTech/Pfizer trẻ xuất hiện các dát đỏ, sẩn đỏ trung tâm có mụn nước và xuất huyết, một số sẩn loét hoại tử đóng vảy tiết rải rác ở lưng, ngực và chân tay. Sau 2 ngày biểu hiện bệnh trẻ được khám và chỉ định làm sinh thiết với kết quả giải phẫu bệnh: Theo dõi á vảy nền thể PLEVA. Trẻ được điều trị corticoid bôi mức độ mạnh, tổn thương khô bong vảy tiết sau 4 tuần và không xuất hiện tổn thương mới.

Từ khóa: Vảy phần dạng lichen và đậu mùa cấp tính (PLEVA), vắc xin BioNTech/Pfizer

SUMMARY

¹Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thùy Trang

Email: tranthuytrang1711@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2022

Ngày duyệt bài: 8.2.2022

PITYRIASIS LICHENOIDES ET VARIOLIFORMIS ACUTA (PLEVA) DEVELOPED AFTER BIONTECH/PFIZER VACCINE: A CASE REPORT

Introduction: After nearly two years, there have been observational reports of skin reactions to COVID-19 vaccines so far. Cutaneous reactions after messenger RNA (mRNA) COVID-19 vaccines commonly includes early-onset local injection reactions, urticaria, and morbilliform eruptions. Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta (PLEVA), one form of pityriasis lichenoides, is an uncommon cutaneous inflammatory disorder. This disease could appear after viral, bacterial infections and vaccinations. We describe a case of PLEVA following mRNA COVID-19 vaccine BioNTech/Pfizer at Dermatological clinic, National Children Hospital. **Clinical case:** A-13-year-old male patient with no history of systemic illness had multiple erythematous macules papules, some of which develop hemorrhagic or necrotic crusts at his back, chest and extremities after 2 weeks of 2nd BioNTech/Pfizer vaccination. Two days after emergence of cutaneous lesions, he was done biopsy with result: parapsoriasis, PLEVA. He was treated with high potency topical corticoid. Earlier lesions resolved and no new lesions appeared after 4 weeks.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự xuất hiện của virus SARS-CoV-2 gây nên đại dịch trên toàn cầu, do đó nhiều vắc xin phòng COVID-19 được nghiên cứu và tiến hành tiêm trên các đối tượng trẻ em > 5 tuổi và người lớn. Hiện nay có 4 nhóm vắc xin COVID-19 chính được sử dụng trên thế giới là vắc xin truyền tin RNA, vắc xin tiểu đơn vị protein, vắc xin véc- tơ