

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG CHÓP XOAY TRÊN HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ 3.0 TESLA Ở BỆNH NHÂN CÓ HỘI CHỨNG CHÈN ÉP DƯỚI MỎM CÙNG VAI

Hoàng Xuân Bình¹, Nguyễn Minh Hải²

Keywords: Shoulder Magnetic Resonance Imaging; Rotator Cuff.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định đặc điểm hình ảnh tổn thương chóp xoay trên cộng hưởng từ 3.0 Tesla ở bệnh nhân có hội chứng chèn ép dưới mỏm cùng vai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 60 BN có hội chứng chèn ép dưới mỏm cùng vai trên lâm sàng, được chụp cộng hưởng từ (MRI) 3.0T, tại khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Quân y 354 từ tháng 4/2023 – 4/2024. **Kết quả:** Gân trên gai là vị trí tổn thương gặp nhiều nhất (98,3%); đa số các trường hợp tổn thương 1 gân (43,3%) và 2 gân (40%); hình thái tổn thương gân chủ yếu là viêm gân (53,3%) và rách bán phần gân (36,2%); Trong rách bán phần gân, vị trí rách ở mặt khớp gặp chủ yếu (57,9%) và mức độ thấp gặp đa số (42,1%). **Kết luận:** Tổn thương gân chóp xoay là thường gặp trong hội chứng chèn ép dưới mỏm cùng vai, trong đó gân trên gai là vị trí tổn thương được chẩn đoán nhiều nhất.

Từ khóa: cộng hưởng từ khớp vai, chóp xoay.

SUMMARY

THE CHARACTERISTIC OF ROTATOR CUFF INJURY ON 3.0 TESLA MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN SUBACROMIAL IMPINGEMENT SYNDROME

Objectives: The aim of this study was to evaluate the prevalence of tendinitis, partial and complete in magnetic resonance images of patients with subacromial impingement syndrome. **Subjects and methods:** This was a cross – sectional study of 60 patients with subacromial impingement syndrome was scanned with 3.0 MRI at 354 Military Hospital from 4th, 2023 to 4th, 2024. **Results:** The most frequently tendon injury was supraspinatus muscle tendon (98,3%); The majority of cases had 1 damaged tendon (43,3%) and 2 damaged tendons (40%); the frequently encountered finding of rotator cuff injury was tendinosis (53,3%) followed by partial tears (36,2%); Among partial tears, the articular surface type of tear was the most common (57,9%) and the most patients were low-level tear (42,1%). **Conclusions:** The rotator cuff injury is common in subacromial impingement syndrome and supraspinatus muscle tendon is the most common injury site.

¹Bệnh viện Quân y 354

²Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Hải

Email: nmhaidr@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 3.7.2024

Ngày duyệt bài: 5.8.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khớp vai là vị trí đau thường gặp thứ ba trong các vị trí đau cơ xương khớp, chiếm 7 – 26 % dân số chung [1]. Trong đó bệnh lý chóp xoay là một trong những nguyên nhân thường gặp. Bệnh lý chóp xoay gồm viêm gân mạn tính và rách (toàn phần hoặc bán phần) các gân cơ chóp xoay, làm cho bệnh nhân đau đớn, hạn chế vận động khớp vai, làm yếu trương lực cơ của các cơ quanh khớp và gây ảnh hưởng rất nhiều đến các hoạt động của người bệnh [2]. Một trong những nguyên nhân hay gặp của tổn thương gân chóp xoay là hội chứng chèn ép dưới mỏm cùng vai. Khoang dưới mỏm cùng vai là một khoang ảo nằm giữa mỏm cùng vai và chỏm xương cánh tay. Khoang này khi hẹp gây ra sự cọ sát cơ học giữa các tổ chức phần mềm của khớp vai với mấu động lớn xương cánh tay và mặt dưới mỏm cùng vai. Cộng hưởng từ khớp vai là phương pháp có nhiều ưu điểm trong đánh giá tổn thương chóp xoay và mô tả các đặc điểm của hội chứng chèn ép dưới mỏm cùng vai. Hiện nay ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá tổn thương chóp xoay trong hội chứng chèn ép dưới mỏm cùng vai, đặc biệt là trên cộng hưởng từ 3.0 Tesla. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: phân tích đặc điểm hình ảnh tổn thương chóp xoay trên cộng hưởng từ 3.0 Tesla ở những bệnh nhân có hội chứng chèn ép dưới mỏm cùng vai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 60 bệnh nhân (BN) có hội chứng chèn ép dưới mỏm cùng vai trên lâm sàng, được chụp cộng hưởng từ 3.0 Tesla, tại khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Quân y 354 từ tháng 4/2023 – 4/2024.

* **Tiêu chuẩn lựa chọn:** - Bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng có hội chứng chèn ép dưới mỏm cùng vai: Nghiệm pháp Neer hoặc nghiệm pháp Hawkins dương tính.

- Được chụp cộng hưởng từ đúng kỹ thuật tại Bệnh viện Quân y 354.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** - Những bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật khớp vai.

- Bệnh nhân đã biết có bệnh lý chóp xoay đang điều trị.

- Những trường hợp có chống chỉ định chụp cộng hưởng từ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang.

* **Quy trình kỹ thuật chụp MRI 3.0 Tesla đánh giá chóp xoay khớp vai:**

- Thực hiện trên máy chụp cộng hưởng từ 3.0 Tesla của hãng SIEMENS có Coil khớp vai, tại khoa Chẩn đoán hình ảnh, BVQY 354.

- Chuẩn bị bệnh nhân:

+ Giải thích cho bệnh nhân hiểu rõ quy trình chụp để bệnh nhân phối hợp trong lúc chụp.

+ Yêu cầu bệnh nhân loại bỏ các vật dụng chứa kim loại (răng giả, máy trợ thính, kẹp tóc, trang sức, vòng tai ...).

+ Cung cấp cho bệnh nhân nút tai hoặc bảo vệ tai, nghe nhạc.

- Tư thế bệnh nhân:

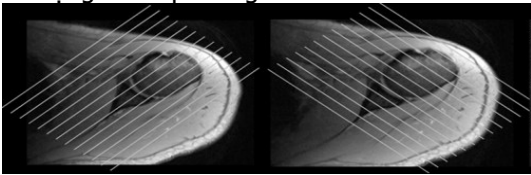
+ Bệnh nhân nằm ngửa trên bàn chụp hai chân duỗi thẳng, vai ở tư thế khép trung gian, lòng bàn tay ngửa duỗi thẳng.

+ Đặt vai bên cần chụp vào coil, dùng nệm chêm lót kê vào vai và hông bên đối diện sao cho lưng bệnh nhân tạo với mặt bàn một góc 20°.

+ Cố định tay bằng bao cát đệm mút.

- Kỹ thuật tạo ảnh và thông số chụp:

+ Khảo sát khớp vai với các mặt cắt axial, coronal chéo và sagittal chéo. Sử dụng mặt phẳng axial làm hình định vị cho 2 mặt phẳng còn lại, từ trên khớp cùng vai tròn đến dưới hố nách. Mặt phẳng coronal chéo được đặt vuông góc với mặt ổ chảo, từ cơ dưới gai đến cơ dưới vai. Mặt phẳng sagittal song song với mặt ổ chảo, từ cổ xương bả vai ở phía trong đến hết mẫu động lớn ở phía ngoài.



Hình 1: Các mặt phẳng chụp khớp vai được sử dụng

**Nguồn: Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Quân y 354*

+ Các chuỗi xung CHT khớp vai được sử dụng gồm: T1W FSE sagittal không xóa mỡ; T2W FSE axial xóa mỡ; PD axial, coronal và sagittal xóa mỡ.

* Phân tích hình ảnh: Dữ liệu thu được sẽ truyền qua hệ thống PACS để phân tích hình ảnh khớp vai.

*** Các biến số nghiên cứu:**

- Phân loại tổn thương chóp xoay: viêm gân, rách bán phần, rách toàn phần. Xác định tỷ lệ từng loại tổn thương chung và phân bố theo từng gân chóp xoay.

- Với những trường hợp có rách, xác định mức độ rách gân chóp xoay thành: không rách, rách bán phần độ thấp (độ sâu < 3 mm hoặc < 25% độ dày), rách bán phần độ vừa (độ sâu 3 – 6 mm hoặc 25 - 50% độ dày), rách bán phần độ cao (độ sâu > 6 mm hoặc > 50% độ dày), rách toàn phần (100% độ dày). Phân loại mức độ theo từng gân chóp xoay.

- Xác định tỷ lệ số lượng tổn thương gân kết hợp: 1 gân, 2 gân, 3 gân và 4 gân.

- Đối với rách bán phần, xác định vị trí rách: Mặt hoạt dịch, mặt khớp, trong gân.

- Xác định các đặc điểm của hội chứng hẹp dưới mỏm cùng vai:

+ Hình dạng mỏm cùng vai: type 1 – dẹp; type 2 – cong lõm; type 3 – lưỡi câu.

+ Khoảng cách từ mỏm cùng vai đến chỏm xương cánh tay: ≤ 7mm, 8 – 10 mm, > 10 mm. Đo trên mặt phẳng coronal giữa, đo từ bờ dưới mỏm cùng vai đến đỉnh của chỏm xương cánh tay. Tính giá trị trung bình, trình bày dưới dạng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$).

+ Gai xương dưới mỏm cùng vai [6]: phần xương nhô ra không đều, bên dưới mặt trước bên mỏm cùng vai.

+ Thoái hóa khớp cùng vai tròn [7]: hẹp khe khớp, gai xương rìa khớp, khuyết xương dưới sụn và phù xương dưới sụn.

+ Viêm bao hoạt dịch dưới mỏm cùng vai [7]: tụ dịch, dày bao hoạt dịch dưới mỏm cùng vai.

* **Xử lý số liệu:** Bảng phần mềm SPSS 22.0. So sánh hai giá trị trung bình sử dụng Test T – Student (hai nhóm). So sánh tỉ lệ bằng test chi bình phương (χ^2). Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu:

- 60 BN gồm 26 nam (43,33%) và 34 nữ (56,67%), tỷ lệ nam/nữ: 1/1,3.

- Tuổi trung bình 60,43 ± 11,47 tuổi (37-87 tuổi). Nam 57,35 ± 11,8 tuổi, nữ 62,79 ± 10,7 tuổi, không có sự khác biệt về tuổi trung bình giữa nam và nữ, $p > 0,05$.

3.2. Đặc điểm tổn thương chóp xoay trên MRI 3.0 Tesla

Bảng 1: Vị trí tổn thương gân chóp xoay

Vị trí gân tổn thương	Số bệnh nhân (n=60)	Tỷ lệ (%)
Gân trên gai	59	98,3

Gân dưới gai	30	50
Gân dưới vai	15	25
Gân tròn bé	1	1,7
Tổng số gân tổn thương	105	

Nhận xét: Trong chèn ép khoang dưới mòm cùng vai, tổn thương gân trên gai được chẩn đoán ở đa số các trường hợp (98,3%).

Bảng 2: Tổn thương gân kết hợp

Số gân tổn thương	Số bệnh nhân (n=60)	Tỷ lệ (%)
Tổn thương 1 gân	26	43,3
Tổn thương 2 gân	24	40
Tổn thương 3 gân	9	15
Tổn thương 4 gân	1	1,7

Nhận xét: Đa số các trường hợp có tổn thương 1 gân (43,3%) và 2 gân (40%), các tổn thương từ 2 gân trở lên đều có tổn thương gân trên gai.

Bảng 3: Hình thái tổn thương gân chóp xoay

Loại tổn thương	Số gân tổn thương (n=105)	Tỷ lệ (%)
Viêm gân	56	53,3
Rách bán phần	38	36,2
Rách toàn phần	11	10,5
Tổng	105	100

Nhận xét: Hình thái tổn thương gân chủ yếu là viêm gân, chiếm 53,3%, tiếp đến là rách bán phần chiếm 36,2%. Rách toàn phần gân ít gặp hơn.

Bảng 4: Đặc điểm rách bán phần gân chóp xoay

Đặc điểm	Số gân rách bán phần (n=38)	Tỷ lệ (%)
Vị trí		
Trong gân	3	7,8
Mặt khớp	22	57,9
Mặt hoạt dịch	13	34,3
Mức độ rách bán phần		
Rách độ thấp	16	42,1
Rách độ vừa	15	39,4
Rách độ cao	7	18,5

Nhận xét: Trong số các tổn thương rách bán phần, vị trí rách bán phần chủ yếu là ở mặt khớp (57,9%) và đa số ở mức độ thấp và vừa, lần lượt 42,1% và 39,4%.

3.3. Đặc điểm hội chứng chèn ép dưới mòm cùng vai trên MRI 3.0 Tesla

Bảng 5: Đặc điểm hội chứng chèn ép dưới mòm cùng vai

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n=60)	Tỷ lệ (%)
Hình dạng mòm cùng vai		
Type 1	6	10

Type 2	22	36,7
Type 3	32	53,3
Khoảng cách từ mòm cùng vai – chòm xương cánh tay		
≤ 7 mm	30	50
8 – 10 mm	27	45
> 10 mm	3	5
Trung bình (mm)	7,64 ± 1,42	
Hình ảnh thoái hóa khớp cùng đòn		
Có	46	76,7
Không	14	23,3
Gai xương dưới mòm cùng vai		
Có	36	60
Không	24	40
Hình ảnh viêm bao hoạt dịch dưới mòm cùng vai		
Có	43	71,7
Không	17	28,3

Nhận xét: - Hình ảnh mòm cùng vai type 3 (dạng lưỡi câu) thường gặp nhất (53,3%), đa số bệnh nhân có thoái hóa khớp cùng đòn và viêm bao hoạt dịch dưới mòm cùng vai, lần lượt 76,7% và 71,7%.

- Khoảng cách trung bình từ mòm cùng vai – chòm xương cánh tay là 7,64 ± 1,42 mm, chủ yếu ≤ 7 mm (50%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tổn thương chóp xoay

* Vị trí gân chóp xoay tổn thương.

Trong chèn ép khoang dưới mòm cùng vai thì tổn thương gân trên gai là hay gặp nhất, chiếm tỷ lệ 98,3%, tiếp đến là tổn thương gân dưới gai chiếm 50% và tổn thương gân dưới vai chiếm 25% trường hợp, tổn thương gân tròn bé chỉ gặp 1 trường hợp. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu khác trong và ngoài nước. Theo Đặng Bích Nguyệt [3] trên 42 BN có hội chứng chèn ép dưới mòm cùng vai, tổn thương gân trên gai xảy ra ở đa số các trường hợp chiếm 97,6% (41/42), tổn thương gân dưới gai chiếm 21,4% (9/42), gân dưới vai chỉ gặp 3 trường hợp, chiếm 7,1%. Nghiên cứu của Ravikanth R. và cộng sự [4] nghiên cứu 200 BN chèn ép khoang dưới mòm cùng vai thấy rằng tỷ lệ tổn thương gân trên gai là 96,5%, trong đó 79% là rách bán phần và 17,5% là rách toàn phần, 26% tổn thương gân dưới gai (52/200) với 8 trường hợp rách toàn phần và 34% tổn thương ở gân dưới vai (68/200) với chỉ 1 trường hợp rách toàn phần.

Như vậy, các nghiên cứu đều chỉ ra rằng, trong chèn ép dưới mòm cùng vai, gân trên gai là vị trí tổn thương thường gặp nhất. Nguyên nhân dẫn đến tổn thương gân là sự kết hợp của nhiều yếu tố như tuổi, giảm tưới máu gân và

quan trọng nhất là do sự lặp lại của các vị chấn thương do chèn ép dưới mòm cùng vai gây ra. Cơ chế của tổn thương chóp xoay có thể được giải thích rằng các động tác của khớp vai, đặc biệt là động tác đưa tay lên quá đầu được thực hiện bởi nhóm cơ chính là cơ Delta và nhóm các cơ chóp xoay. Khi thực hiện động tác dạng cánh tay quá đầu, các cơ này trượt trong khoang dưới mòm cùng vai, trong khoang có gân chóp xoay và túi hoạt dịch có tác dụng bôi trơn khi gân chóp xoay di chuyển. Khi khoang này hẹp lại, gân cơ chóp xoay và túi hoạt dịch bị chèn ép, từ đó dẫn tới viêm túi hoạt dịch, viêm gân và nặng hơn là rách gân chóp xoay.

*** Tổn thương gân chóp xoay kết hợp.**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương một gân đơn thuần gặp trong 26 trường hợp, chiếm tỷ lệ cao nhất là 43,3%, trong đó 25 trường hợp tổn thương ở gân trên gai và 1 trường hợp tổn thương ở gân dưới gai. Không gặp trường hợp tổn thương đơn thuần 1 gân ở gân dưới vai và gân tròn bé. Tổn thương kết hợp 2 gân xảy ra trong 24 trường hợp, chiếm 40%, trong đó 19 trường hợp xảy ra ở gân trên gai và gân dưới gai, 5 trường hợp xảy ra ở gân trên gai và gân dưới vai. Tổn thương kết hợp 3 gân xảy ra trong 9 trường hợp, chiếm 15%, đều xảy ra ở 3 gân là gân trên gai, gân dưới gai, gân dưới vai. Chỉ có 1 trường hợp tổn thương cả 4 gân. Trường hợp tổn thương 4 gân này có hội chứng chèn ép dưới mòm cùng vai do chấn thương. Theo Freygang M. [6], nghiên cứu trên 137 BN có hội chứng chèn ép dưới mòm cùng vai, thấy rằng tổn thương đơn thuần 1 gân xảy ra ở 38,2% trường hợp (47/137). Rách bán phần 2 gân được chẩn đoán trong 26% trường hợp (12% gân trên gai và gân dưới gai, 14% gân trên gai và gân dưới vai), không có trường hợp nào tổn thương kết hợp 2 gân dưới gai và gân dưới vai. Tổn thương 3 gân kết hợp (gân trên gai, gân dưới gai và gân dưới vai) được chẩn đoán trong 5,4% trường hợp.

*** Hình thái tổn thương gân chóp xoay.**

Chèn ép dưới mòm cùng vai gây tổn thương chóp xoay, được chia thành 3 hình thái tổn thương là viêm gân, rách bán phần gân và rách toàn phần gân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thì viêm gân chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 53,3%, tiếp đến là rách bán phần gân chiếm 36,2% và rách toàn phần là 10,5%. Theo Đặng Bích Nguyệt [3], trong hội chứng chèn ép dưới mòm cùng vai, tổn thương rách bán phần gân là thường gặp nhất chiếm 61,9%, rách toàn phần chiếm 35,7% và viêm gân chiếm 2,7%. Nghiên cứu của Sasiponganan C. và cộng sự [7] chỉ ra trong hẹp chèn ép khoang dưới mòm cùng vai,

tỷ lệ rách bán phần gân chiếm 57%, rách toàn phần gân chiếm 43%.

*** Vị trí và mức độ rách bán phần gân chóp xoay.** Rách bán phần gân trên gai được chia theo vị trí thành rách mặt khớp, rách mặt hoạt dịch và rách trong gân. Rách bán phần gân vị trí mặt khớp thường gặp nhiều hơn so với các vị trí khác trong các nghiên cứu trước. Jacobson và cộng sự [8] nghiên cứu 50 BN rách chóp xoay có đối chiếu với phẫu thuật, thấy rằng 10 BN rách mặt khớp trong số 15 BN rách bán phần, chiếm 66,67%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí rách bán phần mặt khớp gặp với tỉ lệ cao nhất chiếm tỷ lệ 57,9%, rách mặt hoạt dịch chiếm 34,3% và rách trong gân chiếm 7,8%. Lý do thường được đưa ra để giải thích cho tỷ lệ rách mặt khớp nhiều hơn là vị trí này nghèo mạch hơn nhiều so với mặt hoạt dịch của gân. Hơn nữa, rách vị trí mặt khớp có nguy cơ tiến triển rách toàn phần cao hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chủ yếu gặp rách bán phần độ thấp và độ vừa, lần lượt là 42,1%, 39,4%; rách bán phần độ cao gặp ít hơn, chiếm 18,5%.

4.2. Đặc điểm hội chứng chèn ép dưới mòm cùng vai. Hình dạng mòm cùng vai là một trong những nguyên nhân gây hẹp khoang dưới mòm cùng vai. Phân chia hình dạng mòm cùng vai thành 3 loại: Type 1- dạng dẹt; type 2- dạng cong lõm lên, type 3- dạng lưới cầu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số BN có mòm cùng vai type 3 chiếm 53,5%. Tác giả Kumar G [9] cũng chỉ ra phần lớn trường hợp rách chóp xoay có liên quan đến mòm cùng vai type 2 và type 3, với 77% trường hợp mòm cùng vai type 2 và 100% mòm cùng vai type 3 có rách chóp xoay.

Khoảng cách từ mòm cùng vai đến chỏm xương cánh tay là một trong những tiêu chí để đánh giá hẹp khoang dưới mòm cùng vai. Nghiên cứu chúng tôi thấy rằng, khoảng cách trung bình là $7,64 \pm 1,42$ mm, đa số các trường hợp < 7 mm.

Hình ảnh gai xương dưới mòm cùng vai trong nghiên cứu của chúng tôi là 60%, chủ yếu tại vị trí điểm bám của dây chằng quạ cùng vai vào mòm cùng vai. Kết quả này tương đồng với Đặng Bích Nguyệt [3] với tỷ lệ gai xương dưới mòm cùng vai là 73,8%. Những gai xương này góp phần làm gia tăng sự co xát của chóp xoay với mặt dưới mòm cùng vai gây viêm gân và rách gân chóp xoay.

Hình ảnh viêm bao hoạt dịch dưới mòm cùng vai trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ 71,7%. Đây là hình ảnh tương đối đặc trưng trong nhóm bệnh nhân có hội chứng chèn ép dưới mòm cùng vai. Ardic F. [5] chỉ ra rằng có

mối liên quan chặt chẽ giữa viêm bao hoạt dịch dưới mỏm cùng vai với hội chứng chèn ép khoang dưới mỏm cùng vai. Bao hoạt dịch dưới mỏm cùng vai có tác dụng hệ đệm giúp các gân chóp xoay giảm cọ sát khi vận động. Khi mức độ dịch trong bao gân nhiều sẽ làm cản trở di chuyển các gân, gây tổn thương gân chóp xoay.

Thoái hóa khớp cùng đòn cũng là một trong những nguyên nhân gây hẹp khoang dưới mỏm cùng vai, trên cộng hưởng từ, thoái hóa khớp cùng đòn biểu hiện bằng dấu hiệu hẹp khe khớp, gai xương rìa khớp, khuyết xương dưới sụn và phù xương dưới sụn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thoái hóa khớp cùng đòn là 76,7%, tương đồng với nghiên cứu của Đặng Bích Nguyệt [3] là 69%.

V. KẾT LUẬN

Trên hình ảnh cộng hưởng từ, tổn thương gân chóp xoay hay gặp trong hội chứng chèn ép khoang dưới mỏm cùng vai, với tỷ lệ tổn thương gân trên gai là nhiều nhất. Trong các tổn thương kết hợp đều có tổn thương gân trên gai. Hình thái tổn thương thường gặp là viêm gân và rách bán phần gân. Trong rách bán phần, mặt khớp là vị trí rách hay gặp và chủ yếu ở mức độ thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tekavec E., Jöud A., Rittner R. et al.** (2012), "Population-based consultation patterns in patients with shoulder pain diagnoses", *BMC musculoskeletal disorders*, 13(1), pp. 1-8.

2. **Koganti D.V, Lamghare P., Parripati V.K et al.** (2022), "Role of magnetic resonance imaging in the evaluation of rotator cuff tears", *Cureus*, 14(1).
3. **Nguyệt; Đặng Bích, Long; Nguyễn Tiên, Lệnh; Bùi Văn et al.** (2021), "Giá trị của cộng hưởng từ trong chẩn đoán hội chứng hẹp dưới mỏm cùng vai", *Vietnam Journal of Community Medicine*, 62(6), pp. 23 - 30..
4. **Ravikanth R., Majumdar P.** (2019), "Magnetic resonance imaging diagnosis of rotator cuff tears in subacromial impingement syndrome: A retrospective analysis of large series of cases from a single center", *Apollo Medicine*, 16(4), pp. 208-212.
5. **Ardic F., Kahraman Y., Kacar M. et al.** (2006), "Shoulder impingement syndrome: relationships between clinical, functional, and radiologic findings", *American journal of physical medicine rehabilitation*, 85(1), pp. 53-60..
6. **Freygant M., Dziurzyńska-Białek E., Guz W. et al.** (2014), "Magnetic resonance imaging of rotator cuff tears in shoulder impingement syndrome", *Polish journal of radiology*, 79, pp. 391.
7. **Sasiponganan C., Dessouky R., Ashikyan O. et al.** (2019), "Subacromial impingement anatomy and its association with rotator cuff pathology in women: radiograph and MRI correlation, a retrospective evaluation", *Skeletal Radiology*, 48, pp. 781-790.
8. **Jacobson J.A, Lancaster S., Prasad A. et al.** (2004), "Full-thickness and partial-thickness supraspinatus tendon tears: value of US signs in diagnosis", *Radiology*, 230(1), pp. 234-242.
9. **Kumar G., Phatak S.V, Lakhkar B. et al.** (2017), "Diagnostic role of magnetic resonance imaging in rotator cuff pathologies", *Journal of Datta Meghe Institute of Medical Sciences University*, 12(1), pp. 7.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRUNG HẠN HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH SÂU CHI DƯỚI BẰNG CAN THIỆP NỘI MẠCH

Lê Phi Long¹, Nguyễn Thị Ngọc Thủy²

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị những trường hợp huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới (HKTMSCD) có chỉ định can thiệp nội mạch (CTNM), thực hiện tại một trung tâm, với thời gian theo dõi 12 tháng. Ghi nhận có 71 trường hợp trong thời gian 01/2018 đến 08/2022, được can thiệp tiêu sợi huyết (TSH) nội mạch kèm/không kèm hút huyết khối (HK) qua da và nong bóng đặt stent tạo hình tĩnh mạch (TM) chậu. Kết quả cho thấy tỷ lệ thành công về kỹ

thuật đạt 97,2%, tỷ lệ ly giải HK 90,2%, không có biến chứng nặng. Biện pháp điều trị cho thấy có hiệu quả cải thiện triệu chứng lâm sàng, tỷ lệ thông thoáng sau 12 tháng là 86,7%, tỷ lệ mắc HCHHK là 21,1%, và đa số ở mức độ nhẹ. Can thiệp TSH nội mạch kèm/không kèm hút HK, nong bóng đặt stent sửa chữa tổn thương hẹp tắc TM chậu cho thấy có hiệu quả-an toàn, có thể áp dụng trong điều trị HKTMSCD.

Từ khóa: HKTMSCD huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới, HCHHK hội chứng hậu huyết khối

SUMMARY

THE MID-TERM OUTCOME OF ENDOVASCULAR INTERVENTION FOR TREATMENT OF DEEP VEIN THROMBOSIS IN THE LOWER EXTREMITY

The study aimed to evaluate the results of treatment in deep venous thrombosis with indications for endovascular intervention, performed at one

¹Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Phi Long

Email: long.lp@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 3.7.2024

Ngày duyệt bài: 6.8.2024