

KTBT tại nhà.

- Xây dựng bảng kiểm kỹ thuật tiêm tại nhà phát cho từng NB.

- Phát triển tài liệu truyền thông, tài liệu kỹ thuật trực quan hơn, bổ sung hình ảnh, clip, sổ tay nhật ký tiêm để theo dõi việc tiêm tại nhà của NB.

*** Về phía NB:**

- Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ cần thiết trước khi tiêm.

- Nắm được liều tiêm, giờ tiêm, cách tiêm.

Nếu gặp khó khăn trong khi tiêm thì phải liên hệ lại BV để được hướng dẫn.

V. KẾT LUẬN

- Trước khi được hướng dẫn, tỷ lệ người bệnh có kiến thức chưa đúng chiếm tỷ lệ rất cao với 80.0%. Sau khi được hướng dẫn tiêm tại nhà, tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng đã tăng lên 100%.

- Để nâng cao hiệu quả sử dụng thuốc tại nhà cho NB chuẩn bị làm TTTON, cần thực hiện một số biện pháp như: BV cung cấp đầy đủ những hướng dẫn cho NB. NB cần chuẩn bị đầy

đủ dụng cụ cần thiết, nắm được liều tiêm, giờ tiêm, cách tiêm, nếu gặp khó khăn trong khi tiêm thì phải liên hệ lại BV để được hướng dẫn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2012), Hướng dẫn TAT trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
2. **Hà Thị Hải Đường** (2003), "Follicle Stimulating Hormone, những bước tiến trong điều trị vô sinh.", Chẩn đoán và điều trị vô sinh., Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr. 162-172.
3. **Vương Thị Ngọc Lan** (2004), "Hiệu quả của Ganirelix trong KTBT làm TTTON", Tạp chí Sức khỏe và sinh sản 7.
4. **Nguyễn Việt Tiến** (2009), "Hỗ trợ sinh sản Việt Nam: Quá khứ, hiện tại và tương lai.", Hội thảo chẩn đoán di truyền trước chuyển phôi 2009.
5. **Fabien J., et al** (2016). Usability engineering study in the European Union of a redesigned follitropin alfa pen injector for infertility treatment, Expert opinion on drug delivery.
6. **Yehia M. et al** (2013), Comfort, ease of use and practicality of the pen injector for follitropin α for assisted reproduction: an observational post-marketing study in Egypt. Current Medical Research & Opinion Vol. 29, No. 11, 2013, pp. 1429-1434.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH KHỚP HÁNG CỦA BỆNH NHÂN SINH THIẾT MÀNG HOẠT DỊCH DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM

Trần Thị Linh¹, Nguyễn Thái Bình^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu (NC) được thực hiện nhằm mục đích mô tả đặc điểm hình ảnh của màng hoạt dịch (MHD) khớp háng trên siêu âm (SA) và cộng hưởng từ (CHT) trên bệnh nhân được sinh thiết MHD và đối chiếu với chẩn đoán cuối cùng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 27 bệnh nhân có bất thường MHD không xác định được trên lâm sàng, được sinh thiết dưới hướng dẫn SA tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 07/2020 đến 02/2025. **Kết quả** cho thấy độ dày trung bình của MHD trên SA là $5,41 \pm 3,23$ mm, trong khi trên CHT là $5,70 \pm 3,14$ mm. Tràn dịch khớp là dấu hiệu phổ biến nhất, ghi nhận trên 88,9% bệnh nhân qua SA và 96,3% qua CHT. CHT có ưu thế hơn trong phát hiện phù xương dưới sụn (59,3%), ăn mòn xương (29,6%) và phù cơ quanh khớp (40,7%). Đáng chú ý, áp xe phần mềm chỉ gặp trong viêm khớp nhiễm khuẩn (25%) và không xuất hiện ở các nhóm

bệnh khác. **Kết luận:** SA có ưu điểm là phương pháp đơn giản, cho hình ảnh thời gian thực và hỗ trợ sinh thiết MHD, CHT bổ sung thông tin về hình ảnh tổn thương xương và mô mềm quanh khớp. Do đó, việc kết hợp cả hai phương pháp giúp nâng cao độ chính xác trong chẩn đoán bệnh lý MHD khớp háng.

Từ khóa: khớp háng, siêu âm, cộng hưởng từ.

SUMMARY

IMAGING CHARACTERISTICS OF THE HIP JOINT IN PATIENTS UNDERGOING ULTRASOUND-GUIDED SYNOVIAL BIOPSY

Objective: The study was conducted to describe the imaging characteristics of the synovial membrane (SM) of the hip joint on ultrasound (US) and magnetic resonance imaging (MRI) in patients who underwent SM biopsy and to compare the findings with the final diagnosis. **Subjects and Methods:** This is a retrospective descriptive study on 27 patients with clinically undetermined SM abnormalities who underwent biopsy under US guidance at Hanoi Medical University Hospital from July 2020 to February 2025. The results showed that the average thickness of the SM on US was 5.41 ± 3.23 mm, while on MRI it was 5.70 ± 3.14 mm. Joint effusion was the most common finding, observed in 88.9% of patients via US and 96.3% via MRI. MRI was superior in detecting subchondral bone marrow edema (59.3%), bone

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Bình

Email: nguyenthai binh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2025

Ngày duyệt bài: 13.5.2025

erosion (29.6%), and perijoint muscle edema (40.7%). Notably, soft tissue abscesses were only found in cases of septic arthritis (25%) and were absent in other disease groups. **Conclusion:** US has the advantages of being a simple, real-time imaging method that supports SM biopsy, while MRI provides additional information on bone and soft tissue lesions around the joint. Therefore, combining both methods enhances the diagnostic accuracy of hip joint SM pathology. **Keywords:** hip joint, ultrasound, magnetic resonance imaging.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Màng hoạt dịch (MHD) là lớp màng lót bên trong khoang khớp hoạt dịch, đóng vai trò quan trọng trong chức năng khớp. Các tổn thương của MHD rất đa dạng, gặp trong nhiều bệnh lý khớp như viêm khớp nhiễm khuẩn, thoái hóa khớp, viêm khớp hệ thống, viêm khớp do lắng đọng tinh thể, cũng như các tổn thương dạng u, bao gồm cả u lành tính và ác tính.¹ Do đó, đánh giá chính xác tổn thương MHD có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán và định hướng điều trị.

Nhiều phương pháp chẩn đoán hình ảnh đã được sử dụng để phát hiện và đánh giá tổn thương MHD. Trong số đó, siêu âm (SA) được xem là phương pháp đầu tay nhờ vào tính đơn giản, dễ thực hiện, không xâm lấn, chi phí thấp, không sử dụng tia phóng xạ, và có khả năng thăm khám lâm sàng đồng thời. Bên cạnh đó, SA còn có ưu thế trong việc thực hiện thăm khám động, theo dõi tiến triển bệnh lý cũng như hướng dẫn tiêm khớp, sinh thiết hoặc thực hiện các thủ thuật khác một cách chính xác.

Tuy nhiên, SA vẫn có một số hạn chế, bao gồm tính chủ quan phụ thuộc vào kinh nghiệm của bác sĩ, khả năng xuyên qua vỏ xương kém và khó đánh giá toàn diện các khớp sâu hoặc sụn bề mặt khớp. Trong khi đó, chụp cộng hưởng từ (CHT) là phương pháp vượt trội trong đánh giá tổn thương MHD nhờ độ tương phản mô mềm cao, khả năng khảo sát cả tổn thương xương, sụn khớp, dây chằng và các cấu trúc quanh khớp. Đặc biệt, CHT có giá trị trong phân biệt tổn thương dạng u và dạng viêm, trong nhiều trường hợp có những hình ảnh đặc trưng giúp phân biệt các khối u khác nhau của MHD. Tuy nhiên, CHT cũng có một số hạn chế như chi phí cao và trong một số trường hợp không thể phân biệt rõ viêm khớp nhiễm khuẩn với viêm khớp vô khuẩn.

Trong số các khớp, khớp háng là một trong những khớp lớn nhất và có tỷ lệ tổn thương MHD cao trong nhiều bệnh lý khớp. Tổn thương MHD tại khớp háng có thể chia thành hai nhóm chính: tổn thương dạng viêm và tổn thương dạng u. Việc kết hợp SA trong sinh thiết MHD là phương

pháp ít xâm lấn, có độ chính xác cao, giúp lấy được mẫu mô có chất lượng tốt phục vụ chẩn đoán mô bệnh học. Bên cạnh đó, sinh thiết MHD dưới hướng dẫn SA đã được chứng minh có tỷ lệ thành công cao, tương đương với sinh thiết qua nội soi ổ khớp nhưng có ưu điểm đơn giản, dễ thực hiện và có thể áp dụng trên nhiều khớp khác nhau.²

Chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò quan trọng trong phát hiện tổn thương khớp, định hướng nguyên nhân và tối ưu hóa chiến lược điều trị. Sự kết hợp giữa nhiều phương pháp chẩn đoán, đặc biệt là SA và CHT, có thể giúp tăng độ chính xác trong đánh giá tổn thương MHD. Do đó, nghiên cứu (NC) này được thực hiện nhằm đánh giá giá trị của các dấu hiệu hình ảnh khớp háng trên SA và CHT, có đối chiếu với chẩn đoán cuối cùng trước khi ra viện, góp phần nâng cao hiệu quả chẩn đoán các bệnh lý liên quan đến MHD.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: - Bao gồm các bệnh án đầy đủ thông tin của bệnh nhân (BN) có bất thường MHD khớp háng trên lâm sàng, xét nghiệm và hình ảnh (SA và CHT)

- BN đã được tiến hành sinh thiết MHD dưới hướng dẫn SA tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Can thiệp điện quang, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 07/2020 đến 02/2025

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh án không đầy đủ thông tin

- Chất lượng hình ảnh SA hoặc CHT không đạt

2.3. Quy trình nghiên cứu

- Siêu âm khớp háng: sử dụng đầu dò có tần số cao (7-12Mhz) cho độ phân giải tốt, độ đâm xuyên đủ để thăm khám, tuy nhiên với BN thể trạng béo phì thì đầu dò có tần số thấp (3.5-5Mhz) thích hợp hơn với khớp nằm sâu như khớp háng.³

- CHT khớp háng: máy chụp MRI 1.5 Tesla với các coil chuyên dụng với chuỗi xung T1W sagittal và/hoặc axial sau tiêm, chuỗi xung PDFS axial và/hoặc coronal.

- Sinh thiết MHD dưới hướng dẫn SA: BN nằm ngửa, háng xoay trung gian hay xoay ngoài nhẹ, gối duỗi. Hướng kim từ ngoài vào trong, chọc ngay sau cơ may và hướng về phía giao giữa chỏm-cổ xương đùi.⁴ Ba loại bệnh phẩm được thực hiện: mô bệnh học, PCR, cấy vi khuẩn.

- Đối chiếu với kết quả sinh thiết và chẩn đoán cuối cùng trước khi ra viện của BN.

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả.

2.5. Xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Thực hiện

ngiên cứu hồi cứu trên bệnh án sẵn có. Các thông tin BN được mã hóa và xử lý, trình bày kết quả dưới dạng vô danh.

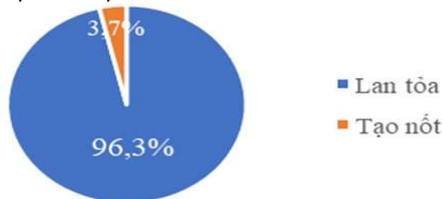
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm tổn thương MHD trên SA

Bảng 3.1. Độ dày của MHD trên SA

	N	X± SD	Min	Max
Độ dày MHD trên SA (mm)	27	5,41±3,23	2	16

Nhận xét: Độ dày MHD trung bình trên siêu âm là 5,41 ± 3,23 mm



Biểu đồ 3.1. Dạng dày MHD trên SA

Nhận xét: Tỷ lệ MHD dày lan toả chiếm đa số với 96,3%

Bảng 3.2. Các dấu hiệu kèm theo trên SA

Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ % trong tổng số BN
Tràn dịch khớp	24	88,9
Ăn mòn xương	2	7,4
Mảnh xương sụn nội khớp	0	0
Áp xe phần mềm cạnh khớp	2	7,4

Nhận xét: Các BN trong NC có tổn thương dày MHD trên SA trung bình 5,4mm, dao động từ 3mm đến 16mm, với kiểu hình dày lan toả chiếm ưu thế (96,3%). Tràn dịch khớp là biểu hiện kèm theo thường gặp nhất, xuất hiện ở gần 90% trường hợp. Các đặc điểm khác ít phổ biến hơn, bao gồm ăn mòn xương và áp xe phần mềm (7,4%). Không ghi nhận trường hợp nào có mảnh xương sụn tự do.

3.2. Đặc điểm tổn thương MHD trên CHT

Bảng 3.3. Độ dày của MHD trên CHT

	N	X± SD	Min	Max
Độ dày MHD trên CHT (mm)	27	5,70±3,14	3	15

Nhận xét: Độ dày MHD trung bình trên CHT là 5,70 ± 3,14mm

Bảng 3.4. Các tổn thương kèm theo trên CHT

Đặc điểm hình ảnh CHT	Số BN	Tỷ lệ %
Tràn dịch khớp	26	96,3
Ăn mòn xương	8	29,6
Phù xương dưới sụn	16	59,3
Mảnh xương sụn nội khớp	0	0
Áp xe phần mềm cạnh khớp	2	7,4
Phù cơ quanh khớp	11	40,7

Nhận xét: Trong NC này, độ dày MHD đo được trên chụp CHT có giá trị trung bình là 5,7mm, dao động từ 3mm đến 15mm. Các đặc

điểm đi kèm được ghi nhận với tần suất khác nhau, trong đó phổ biến nhất là tràn dịch khớp (96,3%), tiếp theo là phù xương dưới sụn (59,3%), phù cơ (40,7%), ăn mòn xương (29,6%) và áp xe phần mềm (7,4%). Đáng chú ý, không có trường hợp nào phát hiện mảnh xương sụn tự do.

3.3. Môi liên quan giữa kết quả sinh thiết, chẩn đoán cuối cùng và các dấu hiệu hình ảnh trên SA và CHT

Bảng 3.5. Môi liên quan giữa chẩn đoán cuối cùng và hình ảnh SA

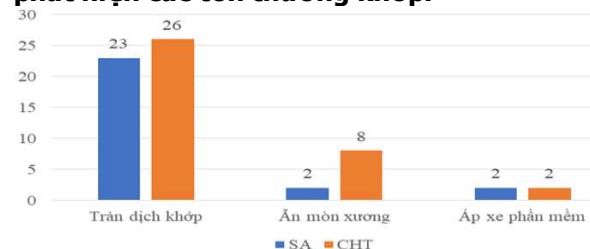
Tổn thương	Viêm mủ (8)	Lao (2)	Viêm KXB (16)	U MHD (1)	Tổng (27)
Tràn dịch khớp	8 100%	2 100%	13 81,3%	1 100%	24 88,9%
Ăn mòn xương	1 12,5%	1 50%	0 0%	0 0%	2 7,4%
Mảnh xương sụn	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
Áp xe phần mềm	2 25%	0 0%	0 0%	0 0%	2 7,4%

Bảng 3.6. Môi liên quan giữa chẩn đoán cuối cùng và hình ảnh CHT

Tổn thương	Viêm mủ (8)	Lao (2)	Viêm KXB (16)	U MHD (1)	Tổng (27)
Tràn dịch khớp	8 100%	2 100%	15 93,8%	1 100%	26 96,3%
Ăn mòn xương	3 37,5%	1 50%	4 25%	0 0%	8 29,6%
Phù xương dưới sụn	4 50%	2 100%	10 62,5%	0 0%	16 59,3%
Mảnh xương sụn	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
Áp xe phần mềm	2 25%	0 0%	0 0%	0 0%	2 7,4%
Phù cơ quanh khớp	4 50%	1 50%	6 37,5%	0 0%	11 40,7%

Nhận xét: Dấu hiệu tràn dịch khớp, ăn mòn xương và phù cơ là những dấu hiệu gặp với tỷ lệ cao nhất trong viêm khớp nhiễm khuẩn và viêm do lao. Áp xe phần mềm chỉ gặp trong viêm mủ.

3.4. So sánh giá trị của SA và CHT trong phát hiện các tổn thương khớp.



Biểu đồ 3.2. So sánh giá trị của SA và CHT trong phát hiện tổn thương

Nhận xét: Chụp CHT cho thấy ưu thế rõ rệt trong phát hiện tổn thương ăn mòn xương so với SA, với số ca ghi nhận cao hơn đáng kể (8 so với 2 trường hợp). Ngược lại, khả năng phát hiện tràn dịch khớp và áp xe phần mềm giữa hai phương pháp không có sự khác biệt đáng kể. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tổn thương MHD trên SA, CHT và mối liên quan với kết quả sinh thiết và chẩn đoán cuối cùng. NC của chúng tôi ghi nhận độ dày trung bình của MHD trên SA là $5,41 \pm 3,23$ mm, trong khi trên CHT là $5,70 \pm 3,14$ mm. Sự khác biệt này có thể do khả năng phân giải mô mềm cao hơn của CHT, cho phép đánh giá chính xác hơn tình trạng dày của MHD. Các NC trước đây cũng ghi nhận CHT là phương pháp ưu việt trong đánh giá tổn thương khớp nhờ vào độ tương phản mô mềm cao và khả năng phát hiện các tổn thương viêm hoặc u mà SA có thể bỏ sót.⁵ Về đặc điểm tổn thương, dạng dày lan tỏa của MHD chiếm ưu thế trong nhóm bệnh viêm (nhiễm khuẩn và vô khuẩn), phản ánh sự ảnh hưởng toàn bộ của quá trình viêm lên MHD. Trong khi đó, các tổn thương dạng khu trú thường gặp hơn ở nhóm bệnh lý u.

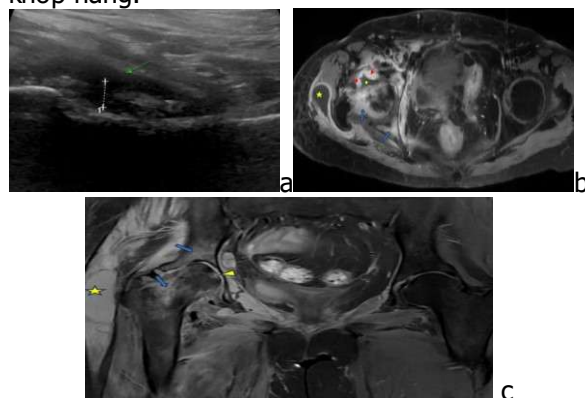
Ngoài ra, tràn dịch khớp là dấu hiệu phổ biến nhất trong cả 04 nhóm bệnh được NC. Điều này khẳng định tràn dịch khớp là một dấu hiệu nhạy nhưng không đặc hiệu trong các bệnh lý MHD, do nó có thể xuất hiện trong nhiều bệnh lý khớp khác nhau, từ viêm nhiễm đến thoái hóa.⁶ Do đó, cần kết hợp phát hiện tràn dịch khớp với các dấu hiệu hình ảnh khác và thông tin lâm sàng để đưa ra chẩn đoán chính xác.

Khi đối chiếu với kết quả sinh thiết và chẩn đoán cuối cùng, các dấu hiệu hình ảnh trên CHT có mối liên quan chặt chẽ hơn với các nhóm bệnh lý. Cụ thể, phù xương dưới sụn được ghi nhận trong 50% BN viêm khớp nhiễm khuẩn và 62,5% BN viêm khớp không xác định. Đáng chú ý, áp xe phần mềm chỉ xuất hiện ở BN viêm khớp nhiễm khuẩn (25%) và không ghi nhận trong các nhóm bệnh khác. NC của Jaganathan và cộng sự⁷ cũng khẳng định áp xe phần mềm và phù xương dưới sụn là dấu hiệu đặc trưng của viêm khớp nhiễm khuẩn. Áp xe lạnh là một biểu hiện có thể gặp trong lao khớp,⁸ tuy nhiên, cả 02 BN viêm lao trong NC đều không ghi nhận sự hiện diện của tổn thương. Mặt khác, tổn thương ăn mòn xương thường gặp nhất trong nhóm bệnh lý viêm khớp nhiễm khuẩn, với tỉ lệ 50% BN viêm lao và 37,5% BN viêm mủ, tương

đồng với kết quả NC của Hong và cộng sự⁸ thấy rằng ăn mòn xương hay gặp trong lao hơn nhiễm khuẩn sinh mủ.

4.2. So sánh giữa SA và CHT trong đánh giá tổn thương MHD. SA có ưu điểm là phương pháp không xâm lấn, dễ thực hiện, đồng thời có thể hướng dẫn can thiệp như sinh thiết MHD. Tuy nhiên, SA có hạn chế trong việc đánh giá tổn thương xương và các cấu trúc quanh khớp. Trong NC của chúng tôi, CHT cho thấy ưu thế rõ rệt trong việc phát hiện tổn thương ăn mòn xương và phù xương dưới sụn. Kết quả này phù hợp với NC của Jangid và cộng sự⁹, trong đó CHT được xem là phương pháp quan trọng trong việc phát hiện sớm và đánh giá các biến đổi của khớp cũng như tổn thương xương dưới sụn.

Mặc dù vậy, SA vẫn giữ vai trò quan trọng không thể thay thế trong thực hành lâm sàng, đặc biệt có thể giúp hướng dẫn sinh thiết MHD. Các NC trước đây đã chỉ ra rằng sinh thiết MHD dưới hướng dẫn SA có tỷ lệ thành công cao và ít biến chứng hơn so với sinh thiết qua nội soi khớp. Vì vậy, việc kết hợp SA chẩn đoán, CHT và SA can thiệp sinh thiết MHD trong các trường hợp khó có thể giúp tăng cường khả năng chẩn đoán và tối ưu hóa chiến lược điều trị bệnh lý khớp háng.



Hình 1. BN nữ 47 tuổi, biểu hiện sưng, đau và hạn chế vận động khớp háng phải

a: SA thấy hình ảnh dày MHD (mũi tên) và dịch đục khớp (đường nét đứt). b, c: Hình CHT có tiêm thuốc đối quang từ, MHD dày lan tỏa, ngấm thuốc mạnh (mũi tên đỏ) và tràn dịch khớp (chấm tròn), phù tủy xương (mũi tên xanh) và ăn mòn vị trí chỏm xương đùi (đầu mũi tên). phù cơ và phần mềm rộng xung quanh và có ổ áp xe (hình sao). Sinh thiết cho kết quả viêm mủ MHD.

V. KẾT LUẬN

SA là phương pháp cơ bản không thể thay thế, có ưu điểm là đơn giản, cho hình ảnh thời

gian thực và hỗ trợ sinh thiết MHD, CHT bổ xung thông tin về hình ảnh tổn thương xương và mô mềm quanh khớp. Do đó, việc kết hợp cả hai phương pháp giúp nâng cao độ chính xác trong chẩn đoán bệnh lý MHD khớp háng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jaganathan S, Goyal A, Gadodia A, Rastogi S, Mittal R, Gamanagatti S. Spectrum of synovial pathologies: a pictorial assay. *Curr Probl Diagn Radiol.* 2012;41(1):30-42.
2. Humby F, Romão VC, Manzo A, et al. A multicenter retrospective analysis evaluating performance of synovial biopsy techniques in patients with inflammatory arthritis: arthroscopic versus ultrasound-guided versus blind needle biopsy. *Arthritis Rheumatol.* 2018;70(5):702-710.
3. Lin YT, Wang TG. Ultrasonographic Examination of the Adult Hip. *J Med Ultrasound.* 2012;20(4):201-209. doi:10.1016/j.jmu.2012.10.009
4. Polido-Pereira J. Ultrasound-Guided Biopsies: Medium and Large Joints. *Front Med.* 2019;6:95. doi:10.3389/fmed.2019.00095
5. Turan A, Çeltikçi P, Tufan A, Öztürk MA. Basic radiological assessment of synovial diseases: a pictorial essay. *Eur J Rheumatol.* 2017;4(2):166-174. doi:10.5152/eurjrheum.2015.0032
6. Zawin JK, Hoffer FA, Rand FF, Teele RL. Joint effusion in children with an irritable hip: US diagnosis and aspiration. *Radiology.* 1993;187(2):459-463. doi:10.1148/radiology.187.2.8475290
7. Jaganathan S, Goyal A, Gadodia A, Rastogi S, Mittal R, Gamanagatti S. Spectrum of synovial pathologies: a pictorial assay. *Curr Probl Diagn Radiol.* 2012;41(1):30-42. doi:10.1067/j.cpradiol.2011.07.002
8. Hong SH, Kim SM, Ahn JM, Chung HW, Shin MJ, Kang HS. Tuberculous versus pyogenic arthritis: MR imaging evaluation. *Radiology.* 2001;218(3):848-853. doi:10.1148/radiology.218.3.r01fe27848
9. Jangid R, Solanki RS, Chaudhary V, Sud A, Kaur R. Spectrum of imaging findings in osteoarticular tuberculosis. *Egypt J Radiol Nud Med.* 2024;55(1):23. doi:10.1186/s43055-024-01191-5

PHÂN ĐỘ NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG MẬT DO SỎI THEO TOKYO 2018 Ở BỆNH NHÂN TRÊN 80 TUỔI VÀ KẾT QUẢ DẪN LƯU MẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Thái Bình^{1,2}, Đỗ Đặng Khánh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điều trị sỏi mật cho người lớn tuổi vẫn là thách thức trong thực hành lâm sàng, trong đó kiểm soát tình trạng tắc mật và nhiễm trùng là quan trọng nhất. Nghiên cứu này nhằm đánh giá phân loại mức độ nhiễm trùng và tính an toàn và kết quả của phương pháp dẫn lưu đường mật qua da ở bệnh nhân lớn tuổi (≥ 80) có nhiễm trùng đường mật. **Đối tượng và phương pháp:** số liệu được lấy từ 30 bệnh nhân từ 80 tuổi trở lên bị nhiễm trùng đường mật do sỏi tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 12 năm 2024. **Kết quả:** Trong số 30 bệnh nhân với tuổi trung bình là $85,87 \pm 4,73$ tuổi. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau bụng (96,7%), kế tiếp là sốt (76,7%) và vàng da (36,7%), trong đây có 20 bệnh nhân được dẫn lưu đường mật. Số lượng bệnh nhân nhiễm trùng đường mật được phân độ II theo Tokyo guidelines 2018 chiếm tỉ lệ cao nhất với 21/30 bệnh nhân. Các chỉ số Billirubin trực tiếp và gián tiếp và chỉ số bạch cầu đều giảm có ý nghĩa thống kê sau dẫn lưu. Không có sự khác biệt có ý

nghĩa thống kê về thời gian nằm viện giữa các nhóm phân độ theo Tokyo. **Kết luận:** Dẫn lưu đường mật qua da là một phương pháp hiệu quả trong điều trị nhiễm trùng đường mật do sỏi ở bệnh nhân lớn tuổi, giúp giảm áp lực đường mật và kiểm soát tình trạng nhiễm trùng. **Từ khóa:** nhiễm trùng, bệnh nhân lớn tuổi, dẫn lưu đường mật

SUMMARY

SEVERITY CLASSIFICATION OF STONE-INDUCED CHOLANGITIS BASED ON TOKYO GUIDELINE 2018 IN PATIENTS OVER 80 YEARS OLD AND OUTCOMES OF BILIARY DRAINAGE AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Background: The management of gallstone-related cholangitis in elderly patients remains a clinical challenge, with infection control being a key priority. This study aims to evaluate the safety and efficacy of percutaneous transhepatic biliary drainage (PTBD) in elderly patients with gallstone-associated cholangitis. **Methods:** Data were collected from 30 patients aged ≥ 80 years diagnosed with gallstone-related cholangitis at Hanoi Medical University Hospital between January 2023 and December 2024. **Results:** The mean patient age was 85.87 ± 4.73 years. The most common clinical symptoms were abdominal pain (96.7%), followed by fever (76.7%) and jaundice (36.7%). Among them, 20 patients underwent PTBD. According to the 2018 Tokyo Guidelines, Grade II cholangitis was

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Bình

Email: nguyenthainh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2025

Ngày duyệt bài: 13.5.2025