

lệch do hàm trên nhô và hàm dưới kém phát triển, đi kèm với hiện tượng bù trừ trực răng rõ rệt. Các phân tích lâm sàng và trên phim sọ nghiêng cho thấy mối liên hệ chặt chẽ giữa hình thái sọ mặt và sự lựa chọn phác đồ điều trị. Những dữ liệu thu được góp phần định hướng chẩn đoán chính xác và xây dựng kế hoạch phẫu thuật chỉnh hình hàm hiệu quả, phù hợp với từng nhóm bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngeow WC, Ong ST, Siow KK, Lian CB.** Orthognathic surgery in the University of Malaya. Med J Malaysia. 2002 Dec;57(4):398–403.
2. **Ngan P, Wei SHY.** Early Treatment of Class III Patients To Improve Facial Aesthetics and Predict Future Growth. Hong Kong Dental Journal. 2004.
3. **Lee LH, Jun JH, Danganan M, Pogrel MA, Kushner H, Lee JS.** Orthognathic surgery for the Asian patient and the influence of the surgeon's background on treatment. Int J Oral Maxillofac Surg. 2011 May;40(5):458–63.
4. **Kinzinger G, Frye L, Diedrich P.** Class II treatment in adults: comparing camouflage orthodontics, dentofacial orthopedics and orthognathic surgery--a cephalometric study to evaluate various therapeutic effects. J Orofac Orthop. 2009 Jan;70(1):63–91.
5. **Burden D, Johnston C, Kennedy D, Harradine N, Stevenson M.** A cephalometric study of Class II malocclusions treated with mandibular surgery. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2007 Jan;131(1):7.e1-8.
6. **Sơn NT, Hùng LT.** Đánh giá sự ổn định sau phẫu thuật xoay phức hợp hàm trên - hàm dưới cùng chiều kim đồng hồ. Tạp chí Y dược lâm sàng 108. 2017.
7. **Nguyễn Hoàng Minh.** Nghiên cứu sự phù hợp với khuôn mặt hài hòa người Việt Nam ở bệnh nhân phẫu thuật chỉnh hình xương hàm lệch lạc khớp cắn loại III. Luận án tiến sĩ y học. Đại Học Y Hà Nội; 2021
8. **Guyet EC, Ellis EE, McNamara JA, Behrents RG.** Components of class III malocclusion in juveniles and adolescents. Angle Orthod. 1986 Jan;56(1):7–30.

ĐẶC ĐIỂM X QUANG VÀ CỘNG HƯỞNG TỪ KHỚP CÙNG CHẬU TRONG BỆNH LÝ VIÊM KHỚP CỘT SỐNG THỂ TRỰC

Nguyễn Thị Thùy Linh¹, Trần Thị Mai Thùy¹,
Lê Văn Phước¹, Phạm Thị Hoài Thương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm hình ảnh và vai trò của X quang và cộng hưởng từ (CHT) khớp cùng chậu trong chẩn đoán viêm khớp cột sống thể trực (VKCSTT). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang, mô tả 53 bệnh nhân VKCSTT được chẩn đoán theo tiêu chuẩn ASAS 2009 tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ tháng 11/2023 đến 05/2024. Phân tích các đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm, hình ảnh X quang và CHT khớp cùng chậu. **Kết quả:** Phù tủy xương là tổn thương viêm cấp tính phổ biến nhất trên CHT (67,9%), phân bố chủ yếu ở phần thân chính, 1/3 giữa và 1/3 dưới và phía xương chậu của khớp cùng chậu. Các tổn thương cấu trúc mạn tính thường gặp trên cả X quang, CHT là mòn xương và xơ xương. CHT chẩn đoán thêm 16,9% trường hợp VKCSTT có kết quả X quang và HLA-B27 âm tính. **Kết luận:** Khi lâm sàng nghi ngờ VKCSTT, cần chụp CHT khớp cùng chậu đánh giá cả tổn thương viêm cấp tính và cấu trúc mạn tính, mô tả chi tiết vị trí tổn thương trên các mặt phẳng khác nhau khi phân tích hình ảnh CHT bệnh lý này. **Từ khóa:** viêm khớp cột sống thể trực, khớp cùng chậu, X quang, cộng hưởng từ

SUMMARY

RADIOGRAPHIC AND MAGNETIC RESONANCE IMAGING FEATURES OF THE SACROILIAC JOINTS IN AXIAL SPONDYLOARTHRITIS

Objectives: To evaluate the imaging features and the roles of radiography and magnetic resonance imaging (MRI) of the sacroiliac joints in diagnosing axial spondyloarthritis (AxSpA). **Subjects and Methods:** A cross-sectional, descriptive study was conducted on 53 patients diagnosed with AxSpA according to the 2009 ASAS criteria, at the University Medical Center at Ho Chi Minh City from November 2023 to May 2024. Clinical features, laboratory tests, sacroiliac joint X-rays and MRI findings were analyzed. **Results:** Bone marrow edema was the most common acute inflammatory lesion on MRI (67.9%), predominantly affecting distributed in the main body, middle third, and lower third of the sacroiliac joints, mainly on the iliac side. Common chronic structural lesions included bone erosion (83.3%) and sclerosis (63.3%). MRI identified an additional 16.9% AxSpA cases with negative X-ray and HLA-B27 results. **Conclusion:** When clinical suspicion of AxSpA arises, sacroiliac joints MRI is essential. A comprehensive assessment of both acute inflammatory and chronic structural lesions is necessary, with detailed descriptions of lesion locations on various planes during MRI image analysis for this condition. **Keywords:** axial spondyloarthritis, sacroiliac joint, X ray, magnetic resonance imaging

¹Trường Y – Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thùy Linh

Email: linh.ntt@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2025

Ngày duyệt bài: 13.10.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp cột sống thể trực (VKCSTT) là bệnh lý viêm khớp mạn tính, ảnh hưởng chủ yếu đến cột sống và khớp cùng chậu. Hiện nay, chẩn đoán bệnh dựa trên tiêu chuẩn ASAS 2009, kết hợp giữa triệu chứng lâm sàng, hình ảnh viêm khớp cùng chậu trên X quang hoặc CHT và xét nghiệm HLA-B27 huyết thanh. Các nghiên cứu gần đây cho thấy việc phân tích chi tiết đặc điểm hình thái, vị trí phù tủy xương cùng với các tổn thương cấu trúc mạn tính trên hình ảnh học làm tăng độ chính xác trong chẩn đoán bệnh.^{6,7}

X quang khớp cùng chậu là phương tiện đầu tay nhưng chỉ phát hiện được các tổn thương ở giai đoạn muộn và sự chồng ảnh của khớp cùng chậu với các cấu trúc vùng chậu gây khó khăn cho việc phân tích hình ảnh. CHT khớp cùng chậu là phương tiện có độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn X quang nhờ khả năng phát hiện sớm các tổn thương viêm cấp tính. Tiêu chuẩn CHT "dương tính" của ASAS dựa trên sự hiện diện của hình ảnh phù tủy xương. Tuy nhiên, đặc điểm này có thể gặp trong bệnh lý thoái hóa khớp giai đoạn sớm, viêm khớp nhiễm trùng hoặc thậm chí ở người khỏe mạnh.⁸

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu đặc điểm hình ảnh khớp cùng chậu trên X quang và CHT ở các bệnh nhân VKCSTT, phân tích vai trò hình ảnh học nhằm tối ưu hóa chẩn đoán bệnh lý này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ 11/2023 đến 05/2024 thỏa:

- **Tiêu chuẩn chọn vào:** Chẩn đoán VKCSTT theo tiêu chuẩn ASAS 2009, có chụp X quang và CHT khớp cùng chậu tại thời điểm chẩn đoán.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Có tình trạng khác có thể gây phù tủy xương khớp cùng chậu như nhiễm trùng, chấn thương, hậu sản. Hình ảnh X quang và CHT không đạt yêu cầu kỹ thuật.

2.2. Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang, mô tả trên 53 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn. Đánh giá:

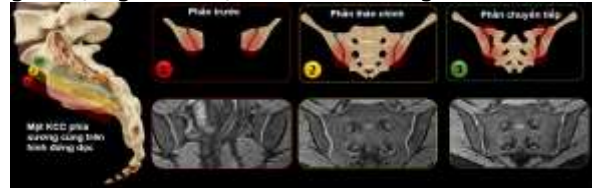
- Các biến số đặc điểm chung, triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm.

- Các biến số tổn thương cấu trúc mạn tính trên X quang bao gồm xơ xương, mòn xương và dính khớp. Tổn thương khớp cùng chậu được phân loại theo thang điểm New York 1987 từ độ 0-4, trong đó độ 0: bình thường, 1: nghi ngờ, 2: viêm nhẹ, 3: viêm trung bình và 4: dính khớp. Tổn thương độ 2 ở cả hai khớp hoặc độ 3, 4 ở một khớp sẽ được đánh giá là X quang dương tính.

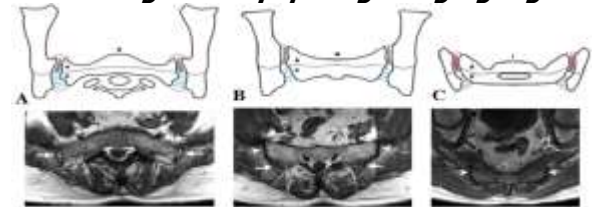
- Các biến số tổn thương trên CHT bao gồm viêm cấp tính (phù tủy xương, tăng tín hiệu bao

khớp, dịch trong khe khớp, viêm điểm bám gân) và tổn thương cấu trúc mạn tính (mòn xương, xơ xương, thoái hóa mỡ, chuyển sản mỡ trong khoang mòn xương, dính khớp). Tiêu chuẩn CHT dương tính là phù tủy xương khớp cùng chậu có độ sâu ≥ 1 cm tính từ bề mặt khớp. Vị trí các tổn thương được chia nhỏ thành các phần dựa trên mặt phẳng đứng ngang và đứng dọc.

- Trên mặt phẳng ngang, khớp cùng chậu được chia thành ba phần: 1/3 trên, 1/3 giữa và 1/3 dưới. Ranh giới giữa 1/3 trên và 1/3 giữa được xác định bởi lỗ cùng thứ nhất, ranh giới giữa 1/3 giữa và 1/3 dưới là lỗ cùng thứ hai.



Hình 1. Hình ảnh CHT khớp cùng chậu bình thường trên mặt phẳng đứng ngang



Hình 2. Hình ảnh CHT khớp cùng chậu bình thường trên mặt phẳng đứng dọc

Phân tích dữ liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần suất (n) và tỷ lệ (%), kiểm định bằng χ^2 hoặc Fisher's exact.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Đại học Y Dược TP. HCM theo quyết định số 1074/HĐĐĐ-ĐHYD.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu có 53 bệnh nhân gồm 23 nữ (43,4%) và 30 nam (56,6%), tuổi trung bình là 29,2 tuổi và 100% bệnh nhân có triệu chứng khởi phát là đau lưng. Tỷ lệ bệnh nhân có xét nghiệm HLA-B27 dương tính là 67,9%.

3.1. Đặc điểm X quang khớp cùng chậu trong viêm khớp cột sống thể trực. Tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương cấu trúc trên X quang khớp cùng chậu là 64,2% (34/53). Xơ xương Tổn thương phổ biến nhất là xơ xương (71,7%) và mòn xương (50,9%). Hai tổn thương này thường xảy ra ở cả hai bên khớp và ưu thế về phía xương chậu. Không ghi nhận trường hợp nào tổn thương đơn độc ở phía xương cùng.

3.2. Đặc điểm CHT khớp cùng chậu

trong viêm khớp cột sống thể trục

3.2.1. Tỷ lệ các tổn thương: Phù tủy xương chiếm tỷ lệ cao nhất trong các tổn thương viêm cấp tính (67,9%).

Mòn xương (83,3%) và xơ xương (62,5%) là tổn thương thường gặp nhất trong các tổn thương cấu trúc mạn tính.

Bảng 1. Tỷ lệ các tổn thương khớp cùng chậu trên cộng hưởng từ

	Tổn thương	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
Tổn thương viêm cấp tính	Phù tủy xương	36	67,9
	Dịch trong khe khớp	27	50,9
	Viêm điểm bám gân	16	30,2
	Tăng tín hiệu bao khớp	10	18,9
Tổn thương cấu trúc mạn tính	Mòn xương	40	80,3
	Xơ xương	30	62,5
	Thoái hóa mỡ	27	56,3
	Chuyển sản mỡ trong khoang mòn xương	5	9,4
	Dính khớp một phần	4	8,3
	Dính khớp hoàn toàn	3	6,3

3.2.2. Phân bố vị trí các tổn thương cấp tính. Theo trục trên-dưới, phù tủy xương gặp chủ yếu ở 1/3 giữa và 1/3 dưới khớp cùng chậu, vị trí ít gặp nhất là 1/3 trên đơn độc. Hầu hết trường hợp đều có tổn thương phía xương chậu của khớp cùng chậu. Phù tủy xương đơn độc phía xương cùng chỉ chiếm 8% (Biểu đồ 1).

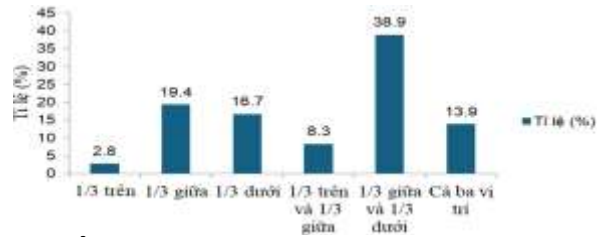
3.2.3. Phân bố vị trí các tổn thương cấu trúc mạn tính. Các tổn thương cấu trúc xuất hiện ưu thế ở phần thân chính và về phía xương chậu. Tổn thương đơn độc tại phần trước, phần chuyển tiếp và phía xương cùng chiếm tỷ lệ rất thấp hoặc không có.

Bảng 2. Phân bố các tổn thương cấu trúc trên cộng hưởng từ

	Số trường hợp (%)	Thoái hóa mỡ (n=27)	Xơ xương (n=30)	Mòn xương (n=40)	Chuyển sản mỡ trong khoang mòn xương (n=5)
Trục trước-sau	Phần trước	-	4 (13,4)	3 (7,5)	-
	Thân chính	10 (37)	7 (23,3)	20 (60)	5 (100)
	Phần trước và thân chính	4 (14,8)	12 (40)	17 (42,5)	-
	Cả 3 vị trí	13 (48,2)	7 (23,3)	-	-
Ưu thế	Phía xương chậu	6 (22,2)	20 (66,7)	29 (72,5)	5 (100)
	Phía xương cùng	1 (4,7)	1 (3,3)	-	-
	Cả hai bên	20 (74,1)	9 (30)	11 (27,5)	-

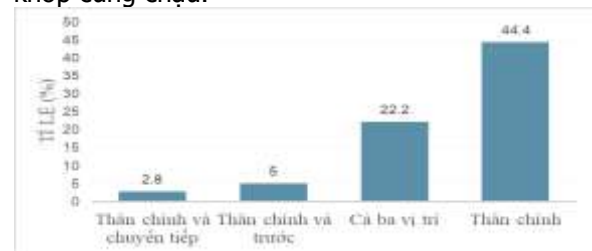
3.3. Giá trị của CHT khớp cùng chậu trong chẩn đoán viêm khớp cột sống thể trục so với các phương tiện chẩn đoán khác. CHT khớp cùng chậu giúp chẩn đoán thêm 9/53 (16,9%) bệnh nhân có cả HLA-B27 âm tính và X quang âm tính.

Nhóm này có tất cả các hình ảnh tổn thương viêm cấp tính và cấu trúc mạn tính, bao gồm phù tủy xương (100%), viêm điểm bám gân (11,1%), tăng tín hiệu bao khớp (11,1%), dịch trong khe khớp (33,3%), thoái hóa mỡ (55,6%),



Biểu đồ 1. Vị trí phù tủy xương theo trục trên dưới

Theo trục trước-sau, 100% các trường hợp đều có phù tủy xương tại vị trí thân chính, có hay không kèm theo các vị trí khác (Biểu đồ 2). Không ghi nhận trường hợp nào phù tủy xương đơn độc ở phần trước hoặc phần chuyển tiếp khớp cùng chậu.



Biểu đồ 2. Vị trí phù tủy xương theo trục trước sau

16 trường hợp có hình ảnh viêm điểm bám gân được ghi nhận ở các vị trí là gân gian cốt cùng chậu (chiếm tỷ lệ cao nhất - 50%), gân cùng chậu sau và các gân bám vào mào chậu.

mòn xương (66,7%), xơ xương (33,3%) và cả dính khớp (11,2%).

Sự thống nhất trong chẩn đoán tổn thương cấu trúc giữa X quang và CHT tăng dần theo độ nặng trên X quang. Có đến 92 – 100% trường hợp tổn thương độ 3 và 4 trên X quang có sự hiện diện ≥ 1 tổn thương cấu trúc tương ứng trên CHT. Tuy nhiên, tỷ lệ này thấp hơn đáng kể ở các độ thấp hơn.

Bảng 3. Mối liên quan giữa X quang và cộng hưởng từ khớp cùng chậu

Khớp cùng chậu	X quang	Cộng hưởng từ	
		Có tổn thương	Không tổn thương
Phải	Bình thường	40%	60%
	Độ 1	36%	64%
	Độ 2	64%	36%
	Độ 3	100%	0%
	Độ 4	100%	0%
Trái	Bình thường	14%	86%
	Độ 1	62%	38%
	Độ 2	69%	31%
	Độ 3	92%	8%
	Độ 4	100%	0%

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm X quang khớp cùng chậu trong viêm khớp cột sống thể trực. Tỷ lệ tổn thương trên X quang trong nghiên cứu khá cao, đặc biệt là dấu hiệu xơ xương và mòn xương. Báo cáo của Nguyễn Đình Khoa và cộng sự (2017) cũng ghi nhận tỉ lệ gần 50% bệnh nhân VKCSTT tại bệnh viện Chợ Rẫy thuộc nhóm có tổn thương X quang.¹ Kết quả cho thấy X quang khớp cùng chậu vẫn là một phương tiện đầu tay, dễ tiếp cận và hữu ích trong chẩn đoán VKCSTT với các dấu hiệu điển hình do tình trạng viêm mạn tính. Tuy nhiên, X quang có thể chẩn đoán quá mức hoặc bỏ sót tổn thương do sự chồng ảnh của xương với các cấu trúc như khí trong ruột, mạch máu, dây chằng. Hạn chế lớn nhất của X quang là khó phát hiện các tổn thương ở giai đoạn sớm của bệnh.



Hình 3. X quang đánh giá quá mức xơ xương, dính khớp và bỏ sót hình ảnh mòn xương so với hình ảnh cộng hưởng từ

(A) Hình X quang không thấy khe khớp cùng chậu trái, nghi có dính khớp (mũi tên trắng) và vùng xơ xương ở khớp cùng chậu phải (mũi tên đen), không thấy rõ mòn xương. (B) Hình CHT T1W cho thấy nhiều ổ mòn xương hai khớp (mũi tên đỏ), không thấy vị trí dính khớp và xơ xương.

4.2. Đặc điểm CHT khớp cùng chậu trong viêm khớp cột sống thể trực

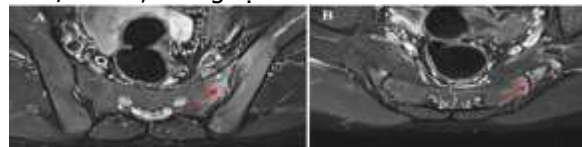
4.2.1. Đặc điểm hình ảnh phù tủy xương. Vai trò quan trọng nhất của CHT là đánh giá tình trạng viêm cấp tính khớp cùng chậu, đặc biệt là hình ảnh phù tủy xương. Chúng tôi ghi nhận có 67,9% bệnh nhân có phù tủy xương thỏa tiêu chuẩn CHT dương tính, thấp hơn so với

nghiên cứu của Hoàng Thị Hải Yến (73,3%) và Nguyễn Đình Khoa (70%).^{2,3} Có thể do nghiên cứu này sử dụng tiêu chí nghiêm ngặt hơn trong định nghĩa phù tủy xương, yêu cầu tổn thương phải có độ sâu ≥ 1 cm từ bề mặt khớp, nhằm giảm tỉ lệ dương tính giả.

Một số báo cáo gần đây phát hiện hình ảnh phù tủy xương xuất hiện phổ biến ở người khỏe mạnh có tình trạng quá tải cơ học của hệ xương trục như vận động viên, quân nhân hoặc phụ nữ mang thai. Một nghiên cứu quan sát tại Hà Lan ghi nhận tỷ lệ phù tủy xương lên đến 23,4% ở nhóm tình nguyện viên khỏe mạnh và 12,5% ở người chạy bộ thường xuyên. Khi áp dụng định nghĩa $\geq$ năm góc phần tư khớp cùng chậu có hình ảnh phù tủy xương, tỷ lệ này giảm xuống chỉ còn 8,5% ở nhóm khỏe mạnh, và 0% ở người chạy bộ, nhưng vẫn đạt 87,2% bệnh nhân VKCSTT.⁸ Tỷ lệ tương đối cao của hình ảnh phù tủy xương ở người khỏe mạnh có thể được giải thích bởi các chấn thương cơ học mạn tính, biến thể giải phẫu và biến đổi của khớp cùng chậu sau sinh.

Ngoài việc thay đổi tiêu chuẩn về "mức độ phù", nhằm tăng giá trị dự đoán dương của hình ảnh phù tủy xương, nhiều tác giả đã đề xuất quan sát trên nhiều mặt phẳng và xác định vị trí chính xác của phù tủy xương trong từng phần của khớp cùng chậu.

Weber và cộng sự (2010) chứng minh việc đánh giá trên mặt phẳng ngang giúp giảm đáng kể tỷ lệ dương tính giả của phù tủy xương từ 65% xuống còn 35-56%, do giảm hiệu ứng thể tích một phần gây ra bởi sự hòa trộn tín hiệu giữa nhiều loại mô khác nhau trong vùng một thể tích điểm ảnh.⁷ Nghiên cứu cũng cho thấy phù tủy xương tập trung nhiều hơn ở 1/2 dưới khớp cùng chậu. Chúng tôi phân chia khớp cùng chậu thành ba đoạn (trên, giữa, dưới) dựa trên 2 mốc giải phẫu là lỗ cùng thứ nhất và thứ hai. Kết quả ghi nhận phù tủy xương tập trung chủ yếu ở 1/3 giữa và 1/3 dưới, tương tự như báo cáo của Weber.



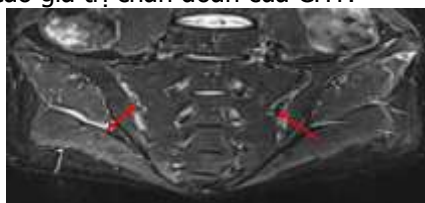
Hình 4. Hình ảnh phù tủy xương ở 1/3 giữa và 1/3 dưới khớp cùng chậu

Weber và cộng sự (2020) ghi nhận phù tủy xương chủ yếu xuất hiện ở phần thân chính khớp cùng chậu ở bệnh nhân VKCSTT, nhưng chỉ xuất hiện đơn độc ở phần trước trong nhóm chứng.⁶ Chúng tôi cũng ghi nhận phù tủy xương tập trung ở phần thân chính, có thể đơn độc

(44,4%) hoặc kết hợp với các phần khác của khớp cùng chậu (55,6%), nhưng không có trường hợp nào phù đơn độc ở phần trước. Các phát hiện trên gợi ý phù tủy xương phần thân chính trên mặt phẳng đứng ngang là yếu tố quan trọng định hướng chẩn đoán VKCSTT, trong khi phù đơn độc ở phần trước thường liên quan đến các nguyên nhân gây đau lưng mạn tính khác.

Chúng tôi quan sát thấy hình ảnh phù tủy xương chiếm ưu thế ở phía xương chậu (41,7%), cao hơn phía xương cùng (8%), tương tự như báo cáo của tác giả Hoàng Thị Hải Yến⁷ (2021), với tỷ lệ phù đơn độc phía xương cùng chỉ khoảng 6,67%. Điều này có thể được giải thích do lớp sụn xơ dày hơn ở phía chậu là mục tiêu chính của các cytokine gây viêm, khiến hoạt động viêm thường khởi phát và tập trung tại đây.

4.2.2. Đặc điểm các tổn thương viêm cấp tính khác. Dù chưa được ASAS đưa vào định nghĩa CHT dương tính, các hình ảnh viêm cấp tính khác vẫn có giá trị hỗ trợ chẩn đoán VKCSTT khi phù tủy xương không rõ ràng, đặc biệt là hình ảnh viêm điểm bám gân. Jans và cộng sự báo cáo hình ảnh viêm điểm bám gân gặp ở 24,4% bệnh nhân VKCSTT và chỉ 7,1% bệnh nhân đau lưng mạn tính khác, với độ đặc hiệu là 92,9%. Các vị trí thường gặp là gân gian cốt cùng chậu và mào chậu, với giá trị dự đoán dương lần lượt 81,3% và 85,7%.⁵ Tương tự, chúng tôi cũng ghi nhận 30,2% bệnh nhân có viêm điểm bám gân, với vị trí gian cốt cùng chậu và mào chậu có tỷ lệ phát hiện cao, góp phần nâng cao giá trị chẩn đoán của CHT.



Hình 5. Viêm điểm bám dây chằng gian cốt cùng chậu

4.2.3. Đặc điểm các tổn thương cấu trúc mạn tính. Tương tự với X quang, xơ xương và mòn xương cũng là hai tổn thương cấu trúc mạn tính phổ biến nhất trên CHT khớp cùng chậu. Ngoài ra, 56% bệnh nhân có thoái hóa mỡ và 9% có chuyển sản mỡ trong khoang mòn xương – 2 dạng tổn thương cấu trúc chỉ phát hiện được trên hình ảnh CHT. Mòn xương có giá trị chẩn đoán cao trong VKCSTT, với diện tích dưới đường cong đạt 0,93 (KTC 95%: 0,87 – 0,98). Trong nghiên cứu của Weber, tác giả ghi nhận mòn xương ít gặp ở người khỏe mạnh

(3,4%) và đau lưng không rõ nguyên nhân (7,7%), cho thấy đây là dấu hiệu đặc hiệu trong chẩn đoán VKCSTT ở người trẻ có triệu chứng.⁷

Tương tự phân bố vị trí của các tổn thương viêm cấp tính, các tổn thương cấu trúc mạn tính trong nghiên cứu của chúng tôi cũng chủ yếu xuất hiện ở cả hai khớp cùng chậu, tập trung ở phần thân chính, 1/2 dưới và ưu thế về phía xương chậu. Điều này phù hợp với giả thuyết về diễn tiến tự nhiên của VKCSTT, trong đó tổn thương viêm ban đầu tại khớp cùng chậu sẽ được thay thế trực tiếp bằng mô mỡ tủy xương (thoái hóa mỡ) hoặc tạo thành các ổ mòn xương, sau đó mới được thay thế bằng mô mỡ (chuyển sản mỡ trong khoang mòn xương hay dấu backfill trên CHT). Chính vì vậy, phân bố vị trí của viêm cấp tính và tổn thương cấu trúc mạn tính thường tương đồng với nhau.

4.3. Vai trò của CHT khớp cùng chậu trong chẩn đoán viêm khớp cột sống thể trực so với các phương tiện chẩn đoán khác. Vai trò quan trọng nhất của CHT trong VKCSTT là đánh giá hình ảnh phù tủy xương – dấu hiệu viêm cấp tính không thấy được trên X quang. Trong nghiên cứu này, phù tủy xương giúp chẩn đoán thêm 9/53 (16,9%) bệnh nhân VKCSTT không có tổn thương rõ trên X quang và HLA-B27 âm tính.

Ngoài ra, CHT còn cung cấp thông tin bổ sung trong những trường hợp X quang đã có tổn thương rõ ràng. Có đến 64,7% bệnh nhân X quang dương tính có hình ảnh phù tủy xương, cho thấy tình trạng viêm cấp tính vẫn diễn ra mặc dù đã xuất hiện rõ ràng các tổn thương cấu trúc mạn tính. Kết quả này có hai ý nghĩa lâm sàng quan trọng. Thứ nhất, mặc dù ASAS đã đưa ra tiêu chuẩn chẩn đoán VKCSTT năm 2009, tuy nhiên hoàn toàn không có “tiêu chuẩn vàng” cho chẩn đoán xác định loại bệnh lý còn nhiều bí ẩn trong cơ chế bệnh sinh này. Sự xuất hiện cả tổn thương viêm và cấu trúc tại cùng vị trí sẽ tăng mức độ “tự tin” cho cả bác sĩ chẩn đoán hình ảnh và bác sĩ lâm sàng trong chẩn đoán. Thứ hai, hình ảnh phù tủy xương còn cho biết “mức độ hoạt động” của bệnh, hỗ trợ dự đoán đáp ứng điều trị hoặc đánh giá lại khi triệu chứng tái phát. Các thử nghiệm lâm sàng pha 3 cho thấy, sau CRP, phù tủy xương trên CHT là yếu tố dự đoán đáp ứng tốt thứ hai đối với thuốc ức chế TNF- α . Tuy nhiên hiện nay chưa có đồng thuận khuyến cáo sử dụng thường quy CHT trong theo dõi sau điều trị, do tính hiệu quả - chi phí chưa rõ ràng.

X quang chỉ tương đồng với CHT trong phát hiện các tổn thương cấu trúc mức độ nặng (độ 3 trở lên), nhưng có hạn chế với các tổn thương độ

1-2, tương đồng với báo cáo trước đó của Nguyễn Đình Khoa (2017).¹ Khi so sánh X quang cắt lớp điện toán, Diekhoff (2017) cho thấy X quang bỏ sót hơn một nửa số trường hợp tổn thương cấu trúc, trong khi hình T1W trên CHT có độ nhạy cao trong phát hiện mòn xương và dính khớp, tương đương với X quang cắt lớp điện toán.⁴ Như vậy, vai trò của CHT không chỉ giới hạn trong phát hiện tổn thương viêm cấp tính mà còn là phương tiện hiệu quả để đánh giá tổn thương cấu trúc mạn tính, vốn thường được cho là ưu thế của các phương pháp chẩn đoán sử dụng tia X.

V. KẾT LUẬN

Từ việc phân tích chi tiết các đặc điểm hình ảnh, chúng tôi nhấn mạnh vai trò quan trọng của CHT trong chẩn đoán VKCSTT. CHT giúp chẩn đoán bổ sung cho khoảng 17% bệnh nhân có X quang và HLA-B27 âm tính. Do đó, cần chỉ định chụp CHT khớp cùng chậu khi dấu hiệu lâm sàng nghi ngờ VKCSTT. Trong quá trình phân tích, nên đánh giá toàn diện cả tổn thương viêm cấp tính và cấu trúc mạn tính, đồng thời mô tả chi tiết vị trí tổn thương trên các mặt phẳng khác nhau. Các tổn thương ở các vị trí ít gặp cần được phân biệt với các bệnh lý viêm khớp khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Khoa, Trần Ngọc Hữu Đức. So sánh đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp và viêm khớp cột sống chưa có tổn thương X quang. Tạp chí Nội khoa Việt Nam. 2017;5(1):100-106.
2. Nguyễn Đình Khoa, Trần Ngọc Hữu Đức. Vai

trò HLA-B27 và chụp cộng hưởng từ khớp cùng chậu trong chẩn đoán sớm bệnh viêm cột sống dính khớp. Y Học Thành phố Hồ Chí Minh. 2017;21(2):250-255.

3. Hoàng Thị Hải Yến, Nguyễn Mai Hồng. Đặc điểm tổn thương khớp cùng chậu trên cộng hưởng từ ở bệnh nhân viêm khớp cột sống. [Luận văn chuyên khoa cấp II]. Hà Nội: Đại học Y Hà Nội; 2021.
4. Diekhoff T, Hermann KGA, Greese J, et al. Comparison of MRI with radiography for detecting structural lesions of the sacroiliac joint using CT as standard of reference: results from the SIMACT study. 2017;76(9):1502-1508. doi:10.1136/annrheumdis-2016-210640.
5. Jans L, van Langenhove C, Van Praet L, et al. Diagnostic value of pelvic enthesitis on MRI of the sacroiliac joints in spondyloarthritis. Eur Radiol. 2014; 24(4):866-71.doi:10.1007/s00330-013-3074-9.
6. Weber U, Jurik AG, Zejden A, et al. MRI of the sacroiliac joints in athletes: recognition of non-specific bone marrow oedema by semi-axial added to standard semi-coronal scans. Rheumatology (Oxford). 2020;59(6):1381-90. doi:10.1093/rheumatology/kez458.
7. Weber U, Lambert RG, Ostergaard M, et al. The diagnostic utility of magnetic resonance imaging in spondylarthritis: an international multicenter evaluation of one hundred eighty-seven subjects. Arthritis Rheum. 2010;62(10):3048-58. doi:10.1002/art.27571.
8. Winter D, Hooge Md, Sande M, et al. A positive MRI of the sacroiliac joints is not specific for axial spondyloarthritis but frequently occurs in healthy individuals. Arthritis Rheumatol. 2017;69(10):1831. Available from: <https://acrabstracts.org/abstract/a-positive-mri-of-the-sacroiliac-joints-is-not-specific-for-axial-spondyloarthritis-but-frequently-occurs-in-healthy-individuals/>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ ĐIỆN SINH LÝ THẦN KINH NGOẠI BIÊN Ở NGƯỜI BỆNH MẮC BỆNH THẬN MẠN CHƯA ĐIỀU TRỊ THAY THẾ THẬN TẠI TRUNG TÂM THẬN TIẾT NIỆU VÀ LỌC MÁU BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Hồ Thị Trinh¹, Nghiêm Trung Dũng², Nguyễn Văn Hường¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh thần kinh ngoại biên là biến chứng thần kinh phổ biến nhất ở bệnh nhân bệnh thận mạn (CKD), gây ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống. Tuy nhiên, tổn thương TK ngoại biên thường bị bỏ sót do diễn tiến âm thầm, ít biểu hiện ở giai đoạn sớm. Nghiên cứu này nhằm đánh giá đặc

điểm lâm sàng và điện sinh lý thần kinh ngoại biên ở bệnh nhân CKD3–5 chưa điều trị thay thế tại Trung tâm Thận tiết niệu và Lọc máu – Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu :** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 70 người bệnh CKD chưa điều trị thay thế có MLCT <60 ml/phút tại trung tâm Thận tiết niệu và lọc máu bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2024 – 8/2025. Đặc điểm TK ngoại biên trên người bệnh CKD được đánh giá qua lâm sàng và điện dẫn truyền thần kinh. **Kết quả:** 50% người bệnh có biểu hiện lâm sàng TK ngoại biên, chủ yếu là rối loạn cảm giác chủ quan (44.3%), rối loạn cảm giác khách quan (34.3%), giảm PXGX (32.9%). Không ghi nhận tình trạng yếu cơ nào. 87.1% người bệnh có ≥1 chỉ số điện sinh lý TK bất thường. Tổn thương ưu thế ở dây cảm giác và chi dưới, biểu hiện bằng giảm biên độ

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Thị Trinh

Email: hotrinhh25@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2025

Ngày duyệt bài: 17.10.2025