

dao động từ 12 tháng (1 tuổi) đến 120 tháng (10 tuổi), trung bình là $70,9 \pm 33,9$ tháng.

Các triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất ở bệnh nhi DMD là phì đại bắp chân chiếm 93,8%; dấu hiệu Gower 84,2% và giảm cơ lực chi dưới chiếm 81,2%.

Thang điểm 6 phút đi bộ (6MWT) trung bình là $343,2 \pm 130$ m, nhỏ nhất là 100 m, lớn nhất là đến 483 mét; điểm NSAA trung bình là $23,2 \pm 9,1$ điểm, nhỏ nhất là 5 điểm và cao nhất là 34 điểm. Tuổi càng cao, điểm NSAA càng tăng.

Phần lớn bệnh nhi DMD vẫn duy trì vận động ở mức độ cơ bản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Thị Thu Hà** (2025), "Đặc điểm kiểu hình và bất thường di truyền trên bệnh nhân loạn dưỡng cơ duchenne.", Tạp chí Y học Việt Nam. November 18.
2. **Bushby K.M. and Gardner-Medwin D.** (1993), "The clinical, genetic and dystrophin characteristics of Becker muscular dystrophy. I. Natural history", J Neurol. 240(2), tr. 98-104.

3. **Crisafulli S., Sultana J., Fontana A. et al.** (2020), "Global epidemiology of Duchenne muscular dystrophy: an updated systematic review and meta-analysis", Orphanet J Rare Dis. 15(1), tr. 141.
4. **Lee Y., Lee J.H., Park H.J. et al.** (2017), "Early-Onset LMNA-Associated Muscular Dystrophy with Later Involvement of Contracture", J Clin Neurol. 13(4), tr. 405-410.
5. **Mazzone E.S., Messina S., Vasco G. et al.** (2009), "Reliability of the North Star Ambulatory Assessment in a multicentric setting", Neuromuscul Disord. 19(7), tr. 458-61.
6. **Pane M., Mazzone E.S., Sormani M.P. et al.** (2014), "6 Minute walk test in Duchenne MD patients with different mutations: 12 month changes", PLoS One. 9(1), tr. e83400.
7. **Pane M.** (2025), "Upper limb progression in Duchenne muscular dystrophy: Insights from a 36-month longitudinal study using the PUL 20", pediatric neurology. November 18, 2025.
8. **Ricotti V., Ridout D.A., Pane M. et al.** (2016), "The NorthStar Ambulatory Assessment in Duchenne muscular dystrophy: considerations for the design of clinical trials", J Neurol Neurosurg Psychiatry. 87(2), tr. 149-55.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH X-QUANG THOÁI HÓA KHỚP LIÊN MẪU CỘT SỐNG THẮT LƯNG Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC VÕ TRƯỜNG TOẢN

Lê Anh Tú¹, Nguyễn Trọng Nhân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Mô tả các đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X-quang của thoái hóa khớp liên mấu ở bệnh nhân đau cột sống thắt lưng. (2) Đánh giá mối tương quan giữa triệu chứng lâm sàng và mức độ nghiêm trọng của thoái hóa trên phim X-quang. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu được thực hiện trên 109 bệnh nhân có chẩn đoán đau cột sống thắt lưng tại Trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh viện Đại học Võ Trường Toản trong giai đoạn 2024–2025. **Kết quả:** Phân bố bệnh nhân theo độ tuổi cho thấy tỷ lệ thoái hóa là 14,7% ở nhóm <45 tuổi, 42,2% ở nhóm 45–65 tuổi và 43,1% ở nhóm >65 tuổi. Nữ giới chiếm ưu thế (68%) so với nam giới (32%). Về chỉ số khối cơ thể (BMI): 9,2% béo phì, 20,2% thừa cân, 41,3% bình thường và 29,4% nhẹ cân. Về tính chất công việc: 26% lao động nhẹ, 52% trung bình và 22% lao động nặng. Đa số bệnh nhân (65,1%) có biểu hiện đau mạn tính (>3 tháng). Triệu chứng đau chủ yếu khu trú vùng thắt lưng (65%), đau lan xuống mông/đùi chiếm 32% và lan xuống

bàn/ngón chân chiếm 3%. Cường độ đau mức độ trung bình (VAS 4–6) phổ biến nhất (45,9%). Trên hình ảnh X-quang, tổn thương tập trung chủ yếu ở tầng L5–S1 (82,6%) và L4–L5 (78,9%). Mức độ thoái hóa phân bố như sau: Độ 1 (35,8%), Độ 2 (26,6%), Độ 3 (37,6%). Các tổn thương phối hợp bao gồm: hẹp lỗ liên hợp (49,5%), xẹp đốt sống (41,3%), trượt đốt sống (24,8%) và biến dạng cột sống (21,1%). Phân tích thống kê cho thấy thoái hóa độ 3 có mối tương quan thuận, có ý nghĩa thống kê với tuổi cao (>65 tuổi; $p=0,006$, $V=0,257$) và lao động nặng ($p<0,001$, $V=0,387$). Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ thoái hóa với giới tính ($p=0,41$), chỉ số BMI ($p=0,423$) hay độ giãn Schober ($p=0,357$).

Từ khóa: Thoái hóa khớp liên mấu, cột sống thắt lưng, chẩn đoán hình ảnh, đau thắt lưng.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND RADIOGRAPHIC FEATURES OF LUMBAR FACET JOINT OSTEOARTHRITIS IN PATIENTS TREATED AT VO TRUONG TOAN UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: This study aimed to: (1) Characterize the clinical manifestations and radiographic features of LFJOA in patients presenting with low back pain; and (2) Evaluate the correlation between clinical symptomatology and the radiographic

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trọng Nhân

Email: ntnhan@vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 9.12.2025

Ngày duyệt bài: 8.01.2026

severity of facet joint degeneration. **Methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted on 109 patients diagnosed with low back pain at the Musculoskeletal Center, Vo Truong Toan University Hospital, between 2024 and 2025. Results: The prevalence of LFJOA increased with age: 14.7% in patients <45 years, 42.2% in those 45–65 years, and 43.1% in those >65 years. The cohort was predominantly female (68%) compared to males (32%). BMI distribution indicated that 9.2% were obese, 20.2% overweight, 41.3% normal, and 29.4% underweight. Regarding occupational physical demand, 26% engaged in light labor, 52% in moderate labor, and 22% in heavy labor. Clinically, 65.1% of patients presented with chronic pain (>3 months). Pain was primarily localized to the lumbar region (65%), while radicular pain to the buttocks/thighs and feet/toes was reported in 32% and 3% of cases, respectively. Moderate pain intensity (VAS 4–6) was the most common (45.9%). Radiographically, degeneration was most prevalent at the L5–S1 (82.6%) and L4–L5 (78.9%) levels. Degenerative severity was classified as Grade 1 (35.8%), Grade 2 (26.6%), and Grade 3 (37.6%). Comorbid spinal pathologies included foraminal stenosis (49.5%), vertebral compression (41.3%), spondylolisthesis (24.8%), and spinal deformity (21.1%). Statistical analysis revealed a significant positive correlation between Grade 3 degeneration and advanced age (>65 years; $p=0.006$, Cramer's $V=0.257$) as well as heavy physical labor ($p<0.001$, $V=0.387$). Conversely, gender ($p=0.41$), BMI ($p=0.423$), and lumbar flexion range (Schober's test; $p=0.357$) showed no statistically significant association with degenerative severity.

Keywords: Lumbar facet joint osteoarthritis, lumbar spine, diagnostic imaging, low back pain.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau cột sống thắt lưng là một trong những vấn đề sức khỏe phổ biến nhất toàn cầu, ảnh hưởng đến khoảng 619 triệu người năm 2020 và dự kiến tăng lên 843 triệu người vào năm 2050, chủ yếu do gia tăng và lão hóa dân số [1]. Đây là nguyên nhân hàng đầu gây khuyết tật, làm suy giảm nghiêm trọng chất lượng cuộc sống và khả năng lao động.

Trong nhóm nguyên nhân cơ học, thoái hóa khớp liên mấu đóng vai trò quan trọng, đặc biệt ở người lớn tuổi. Khớp liên mấu là khớp hoạt dịch duy nhất giữa các đốt sống, góp phần ổn định và vận động cột sống. Tỷ lệ thoái hóa tăng theo tuổi: 18% (31–40 tuổi), 44% (51–60 tuổi) và tới 89,2% ở ≥ 70 tuổi [1]. Theo tác giả Guven A (2024) cũng cho thấy 59,6% người ≥ 65 tuổi có biến đổi khớp liên mấu trên X-quang, phổ biến nhất tại L4–L5 (72%) và L5–S1 (68%) [2].

Tại Việt Nam, số nghiên cứu còn hạn chế. Vì Thị Thơ & Lưu Thị Bình (2024) khảo sát 120 bệnh nhân tại Bệnh viện TW Thái Nguyên, ghi nhận 65% có gai xương và hẹp khe khớp (L3–

S1), trong đó 58% đau lưng mạn tính điển hình [12]. Ở bệnh nhân đái tháo đường typ II, tỷ lệ trượt đốt sống kèm thoái hóa đạt 62%, với VAS = $5,8 \pm 1,2$ [3]. Tuy nhiên, đa số nghiên cứu mới dừng ở mức mô tả, chưa phân tích sâu mối liên hệ giữa mức độ thoái hóa và đặc điểm lâm sàng. Từ thực trạng trên, chúng tôi tiến hành thực hiện khảo sát đặc điểm lâm sàng và X-quang thường quy của thoái hóa khớp liên mấu cột sống thắt lưng để có cơ sở khoa học đầy đủ hỗ trợ chẩn đoán, tiên lượng cũng như định hướng điều trị hiệu quả cho bệnh nhân. Với hai mục tiêu cụ thể:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X-quang của thoái hóa khớp liên mấu trên bệnh nhân đau cột sống thắt lưng.

2. Tìm hiểu mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng và mức độ thoái hóa khớp liên mấu trên X-quang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

• **Địa điểm:** Bệnh nhân được chẩn đoán đau cột sống thắt lưng (CSTL) tại Trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh viện Đại học Võ Trường Toản.

• Tiêu chuẩn chọn mẫu:

○ Có triệu chứng đau lưng kiểu cơ học (tăng khi vận động, giảm khi nghỉ ngơi), đau khu trú hoặc lan theo rễ thần kinh.

○ Hình ảnh X-quang thường quy xác nhận có thoái hóa khớp liên mấu.

• Tiêu chuẩn loại trừ:

○ Hồ sơ bệnh án không đầy đủ hoặc thiếu phim X-quang đối chiếu.

○ Mặc các bệnh lý toàn thân nặng: nhiễm trùng cấp/mạn, suy gan, suy thận.

○ Các bệnh lý khác tại cột sống: đa u tủy xương, viêm đốt sống–đĩa đệm, lao cột sống, ung thư di căn, viêm cột sống dính khớp, chấn thương nặng hoặc loãng xương nặng gây xẹp lún.

○ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

• **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang lấy mẫu hồi cứu

• **Cỡ mẫu:** 109 bệnh nhân.

• **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu toàn bộ (lấy tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu).

• Nội dung nghiên cứu:

○ Đặc điểm dịch tễ: Tuổi, giới, nghề nghiệp, BMI, thời gian mắc bệnh, hoàn cảnh khởi phát (chấn thương, lao động, sai tư thế, tự nhiên).

○ Đặc điểm lâm sàng: Tính chất đau (tại chỗ, lan xuyên, cách hồi), mức độ đau (thang điểm VAS), độ giãn CSTL (nghiệm pháp

Schober), dấu hiệu chèn ép rễ (Lasègue), tầm vận động cột sống (gấp, duỗi, nghiêng, xoay).

o Đặc điểm hình ảnh học: Vị trí thoái hóa; dấu hiệu thoái hóa (hẹp khe khớp, đặc xương dưới sụn, phì đại khớp, gai xương); tổn thương phối hợp (biến dạng trục, trượt đốt sống, hẹp lỗ liên hợp, loãng xương).

• **Xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Thống kê mô tả bằng tần số, tỷ lệ phần trăm; thống kê suy luận sử dụng kiểm định Chi-bình phương (χ^2).

• **Đạo đức nghiên cứu:** Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng Khoa học Trường Đại học Võ Trường Toàn thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung và đặc điểm lâm sàng của thoái hóa khớp liên mấu

Bảng 1. Đặc điểm của sản phụ bằng huyết sau sinh

Đặc điểm		Số lượng (n=109)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<45 tuổi	16	14,7
	45-65 tuổi	46	42,2
	>65	47	43,1
Giới tính	Nam	35	32
	Nữ	74	69
BMI	Béo phì	10	9,2
	Bình thường	45	41,3
	Gầy	32	29,4
	Thừa cân	22	20,2
Mức độ lao động	Nhẹ	28	26
	Vừa	57	52
	Nặng	24	22
Thời gian đau	>3 tháng (mạn tính)	71	65,1 %
	6 tuần-3 tháng (bán cấp)	22	20,2 %
	<6 tuần (cấp tính)	16	14,7 %
Vị trí và tính chất đau	Đau khu trú vùng thắt lưng	71	65
	Đau lan hông/đùi	35	32
	Đau lan xuống	3	3

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan mức độ thoái hóa khớp liên mấu

Yếu tố liên quan		Mức độ thoái hóa			P	Cramer's V
		ĐỘ 1	ĐỘ 2	ĐỘ 3		
Tuổi	<45	13 (11,9%)	2 (1,8%)	1 (0,9%)	0,006	0,257
	>65	19 (17,4%)	24 (22,0%)	4 (3,7%)		
	45-65	20 (18,3%)	15 (13,8%)	11 (10,1%)		
Giới tính	Nam	19 (17,4%)	13 (11,9%)	3 (2,8%)	0,41	0,128
	Nữ	33 (30,3%)	28 (25,7%)	13 (11,9%)		
BMI	Béo phì	6 (5,5%)	3 (2,8%)	1 (0,9%)	0,423	0,166
	Bình thường	23 (21,1%)	14 (12,8%)	8 (7,3%)		
	Gầy	16 (14,7%)	11 (10,1%)	5 (4,6%)		

Mức độ đau	bàn/ngón chân		
	Đau nhẹ (VAS 1-3)	38	34,9
	Đau vừa (VAS 4-6)	50	45,9
Đau nặng (VAS 7-10)	20	19,2	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân thoái hoá khớp liên mấu <45 tuổi 14,7%, 45-65 tuổi 42,2%, >65 tuổi 43,1%; nam 32%, nữ 69%; béo phì 9,2%, bình thường 41,3%, gầy 29,4%, thừa cân 20,2%; lao động nhẹ 26%, vừa 52%, nặng 22%; đau >3 tháng 65,1%, 6 tuần-3 tháng 20,2%, <6 tuần 14,7%; đau khu trú vùng thắt lưng 65%, lan hông/đùi 32%, lan xuống bàn/ngón chân 3%. Tỷ lệ đau ở mức độ trung bình (VAS 4-6 điểm) chiếm ưu thế với 45,9%. Mức độ đau nặng (VAS 7-10 điểm) được ghi nhận ở 34,9% bệnh nhân, trong khi đó đau nhẹ (VAS 1-3 điểm) ít nhất với 19,2%.

3.2. Đặc điểm hình ảnh của thoái hóa khớp liên mấu

Bảng 2. Đặc điểm X - Quang thoái hóa khớp liên mấu

Đặc điểm X-Quang		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí đốt sống tổn thương	L1-L2	17	15,6
	L2-L3	14	12,8
	L3-L4	29	26,6
	L4-L5	86	78,9
	L5-S1	90	82,6
Phân độ thoái hóa trên X-Quang	ĐỘ 1	39	35,8
	ĐỘ 2	29	26,6
	ĐỘ 3	41	37,6
Tổn thương kèm theo	Biến dạng cột sống	23	21,1%
	Xẹp đốt sống	45	41,3%
	Trượt đốt sống	27	24,8%
	Hẹp lỗ liên hợp	54	49,5%

Nhận xét: Tỷ lệ tổn thương khớp liên mấu theo vị trí: L1-L2 15,6%, L2-L3 12,8%, L3-L4 26,6%, L4-L5 78,9%, L5-S1 82,6%; phân độ thoái hóa: độ 1 là 35,8%, độ 2 là 26,6%, độ 3 là 37,6%; biến dạng cột sống 21,1%, xẹp đốt sống 41,3%, trượt đốt sống 24,8%, hẹp lỗ liên hợp 49,5%.

3.3. Một số yếu tố liên quan mức độ thoái hóa khớp liên mấu

Phân độ lao động	Thừa cân	7 (6,4%)	13 (11,9%)	2 (1,8%)	<0,001	0,387
	Nặng	2 (1,8%)	11 (10,1%)	11 (10,1%)		
	Nhẹ	19 (17,4%)	9 (8,3%)	0 (0%)		
	Trung bình	31 (28,4%)	21 (19,3%)	5 (4,6%)		
Phân loại độ giãn Schober	Kém	12 (11%)	6 (5,5%)	6 (5,5%)	0,357	0,142
	Tốt	30 (27,5%)	23 (21,1%)	7 (6,4%)		
	Trung bình	10 (9,2%)	12 (11%)	3 (2,8%)		

Nhận xét: Tỷ lệ thoái hóa độ 3 tăng theo tuổi, đáng kể ở nhóm >65 tuổi (P=0,006, V=0,257); không liên quan giới tính (P=0,41, V=0,128) hay BMI (P=0,423, V=0,166); lao động nặng liên quan mạnh với thoái hóa nặng (P<0,001, V=0,387); độ giãn Schober không liên quan đáng kể (P=0,357, V=0,142).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung và lâm sàng. Tỷ lệ thoái hóa khớp liên mấu (THKLM) tăng tịnh tiến theo tuổi, đạt đỉnh ở nhóm ≥65 tuổi (43,1%), phù hợp với quy luật lão hóa mô sụn và xương dưới sụn được Kalichman [4] và Kobayashi [5] mô tả. Nữ giới chiếm ưu thế rõ rệt (67,9%), tương đồng với nghiên cứu của Võ Thị Thanh Hiền [6] về tác động của suy giảm estrogen sau mãn kinh. Về thể trạng, nhóm BMI bình thường (41,3%) và thiếu cân (29,4%) chiếm đa số; tỷ lệ béo phì thấp (9,2%) phản ánh đặc thù quần thể nghiên cứu. Về triệu chứng, đa số bệnh nhân nhập viện ở giai đoạn đau vừa và nặng (VAS ≥4 chiếm 80,8%), cho thấy diễn tiến bệnh âm thầm và tâm lý thăm khám muộn, tương tự ghi nhận của Phạm Hoài Thu [7] và Nguyễn Hữu Dũng [8].

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng. Tổn thương tập trung chủ yếu tại các tầng chịu tải trọng lớn là L5-S1 (82,6%) và L4-L5 (78,9%), tương thích với y văn quốc tế [4]. Phân độ thoái hóa gồm: độ 1 (35,8%), độ 2 (26,6%) và độ 3 (37,6%). Các tổn thương phối hợp phổ biến là hẹp ổ liên hợp (49,5%) và xẹp đốt sống (41,3%). Đáng chú ý, nghiên cứu không tìm thấy mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa độ giãn cột sống thắt lưng (nghiệm pháp Schober) và mức độ thoái hóa trên X-quang (p=0,357), ủng hộ kết quả của Kalichman [4] và Zefi Tettey [9] về sự phân ly giữa hạn chế

4.3. Các yếu tố liên quan. Tuổi tác thể hiện mối tương quan thuận rõ rệt với mức độ THKLM (p=0,006; Cramér's V=0,257), với tỷ lệ thoái hóa nặng tăng vọt sau 65 tuổi [2,4]. Cường độ lao động cũng là yếu tố nguy cơ mạnh (p<0,001; V=0,387), trong đó nhóm lao động nặng có tỷ lệ thoái hóa độ 3 cao nhất (45,8%). Ngược lại, giới tính (p=0,410) và chỉ số BMI (p=0,423) không cho thấy mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với mức độ tổn thương trong nghiên

cứu này, tương đồng với các phân tích đa biến gần đây của Guven et al. [2].

V. KẾT LUẬN

Thoái hóa khớp liên mấu cột sống thắt lưng thường gặp ở người ≥45 tuổi, đặc biệt nữ giới, tập trung tại đoạn L4-L5 và L5-S1. Mức độ thoái hóa liên quan chặt chẽ với tuổi và mức độ lao động, trong khi BMI và độ giãn cột sống không có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Wang K., Jiang C., Wang L., Wang H., Niu W.** (2018). The biomechanical influence of anterior vertebral body osteophytes on the lumbar spine: a finite element study. *Spine J.* 18 (12), 2288–2296.
- Guyen A. E., Schönnagel L., Camino Willhuber G., et al** (2024). Relationship between facet joint osteoarthritis and lumbar paraspinal muscle atrophy: A cross sectional study. *Journal of Neurosurgery: Spine*, 41(3), 360–368.
- Ví Thị Thơ, & Lưu Thị Bình.** (2024). Đặc điểm hình ảnh viêm khớp liên mấu cột sống thắt lưng trên siêu âm và cộng hưởng từ ở bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện TW Thái Nguyên. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 536(2), 289–293.
- Kalichman, L., & Hunter, D. J.** (2007). Lumbar facet joint osteoarthritis: A review. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 36(4), 227–236.
- Kobayashi, K., Otani, K., Sekiguchi, M., Kato, K., Tominaga, R., & Konno, S.-I.** (2023). Relationship between lumbar facet joint osteoarthritis and comorbidities: A cross-sectional study in the Japanese community. *Journal of Orthopaedic Science*, 28(6), 1154–1160.
- Võ Thị Thanh Hiền, Đinh Thị Thanh Mai, Thái Văn Chương, Vũ Văn Thái, et al.** (2020). Thực trạng và một số yếu tố liên quan tới loãng xương ở phụ nữ đến khám tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An năm 2020. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 503(SĐB), 252–259.
- Phạm Hoài Thu, Lê Thị Liễu, & Phạm Thị Cẩm Vân.** (2024). Đặc điểm lâm sàng và X-quang thường quy của thoái hóa khớp liên mấu cột sống cổ thấp. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 533(2), 65–72.
- Nguyễn Hữu Dũng, & Trần Thị Ngọc Sương.** (2021). Nghiên cứu tình hình loãng xương trên phụ nữ mắc bệnh đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang. *Tạp chí Nội tiết & Đái tháo đường*, 49(12), 46–47.
- Zefi Tettey, K., Soghoian, S. E., Boateng, R. E., Ofori, E. K., & Aryeetey, R.** (2023). Lumbar facet joint arthrosis on magnetic resonance imaging and its association with low back pain in a selected Ghanaian population. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 14(4), 681–685.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH HỌC CỦA ECCHORDOSIS PHYSALIPHORA: BÁO CÁO 2 CA BỆNH HIẾM

Nguyễn Bá Phong¹, Đặng Quang Hưng²,
Khổng Tiến Đạt¹, Phạm Quốc Thành¹

TÓM TẮT

Ecchordosis physaliphora là một tổn thương lành tính, hiếm gặp, có nguồn gốc từ dây sống (notochord). Tổn thương có các đặc điểm hình ảnh lành tính trên MRI, không có bằng chứng xâm lấn xương hay ảnh hưởng đến các cấu trúc lân cận. Nó thường nằm ở đường giữa, phía trước cầu não và phía sau dốc nền xương chẩm. Do có cùng nguồn gốc dây sống với u dây sống (chordoma), việc phân biệt hai loại tổn thương này bằng mô bệnh học gặp nhiều khó khăn. Vì vậy, chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán xác định. Chúng tôi báo cáo hai trường hợp minh họa hình ảnh điển hình của tổn thương hiếm gặp này.

Từ khóa: Ecchordosis physaliphora (EP), khối u lành tính, u dây sống, dây sống.

SUMMARY

IMAGING FEATURE OF ECCHORDOSIS PHYSALIPHORA: A REPORT OF 2 RARE CASES

Ecchordosis physaliphora is a rare, benign lesion originating from the notochord. The lesion typically demonstrates benign imaging characteristics on MRI, showing no evidence of bone invasion or involvement of adjacent structures. It is usually located in the midline, anterior to the pons, and posterior to the clivus. Because it shares a notochordal origin with chordoma, histopathological differentiation between the two entities can be challenging. Therefore, imaging plays a crucial role in diagnosis. We report two cases illustrating the typical radiologic spectrum of this rare lesion. **Keywords:** Ecchordosis physaliphora (EP), benign tumor, chordoma, notochord

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ecchordosis physaliphora (EP) là một tổn thương u mô thừa (hamartomatous lesion) bắt nguồn từ tàn dư của dây sống (notochord remnant) [1]. Đây là bệnh lý hiếm, phát hiện tình cờ khi mổ tử thi chiếm khoảng 0.5-2% [1]. Một số ít các báo cáo ca bệnh và series ca bệnh được công bố. Một bài báo tổng hợp các trường hợp bệnh lý này được xuất bản trên PubMed, Web of Science và Embase từ 1982 đến 2023 cho thấy chỉ có 60 ca được công bố [2]. Ngoài ra

chúng tôi không tìm thấy các bài nghiên cứu trong nước về bệnh lý này.

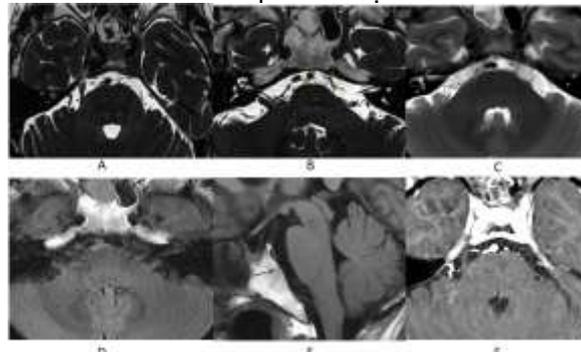
Tổn thương thường phát hiện tình cờ và không có triệu chứng [8]. Bệnh này phát triển rất chậm, không xâm lấn xương, kích thước nhỏ và không triệu chứng lâm sàng [4]. Nó thường nằm ở vùng lưng của dốc nền xương chẩm và trước cầu não, nhưng có thể xuất hiện trên đường giữa dọc theo từ nền sọ tới xương cùng [3]. Bệnh lý ecchordosis physaliphora và u nguyên sống (chordoma) đều bắt nguồn từ chung nguồn gốc phôi thai, dẫn đến hình ảnh giải phẫu bệnh học gần như giống hệt, do đó phân biệt dựa vào chẩn đoán hình ảnh là cần thiết [3].

Trên phim cắt lớp vi tính, tổn thương khó quan sát do nhiều ảnh từ xương chẩm và mật độ giống dịch não tủy của tổn thương. Dốc nền chẩm bị khuyết xương với bờ và ranh giới rõ, gợi ý dạng lành tính [1]. Trên MRI, tổn thương có tín hiệu thấp trên T1W, cao trên T2W, giảm FLAIR, tương tự dịch não tủy. Không thấy ngấm thuốc đối quang, điều này phân biệt với u nguyên sống (chordoma) [3].

Dưới đây, chúng tôi trình bày 2 ca bệnh Ecchordosis physaliphora với hình ảnh điển hình.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

2.1. Ca số 1. Bệnh nhân nữ 44 tuổi không có tiền sử bệnh lý sọ não. Đến khám vì đau đầu, diễn biến cấp tính, đau mức độ nhiều, ngoài ra không có các triệu chứng thần kinh khác, không sốt, không nôn. Các xét nghiệm máu, khám tai mũi họng không có bất thường. Sau đó bệnh nhân được chỉ định chụp MRI sọ não với hình ảnh bất thường. Hình ảnh CT-Scan được bổ sung thêm sau khi có kết quả MRI sọ não



Hình 1. Ảnh MRI với thứ tự (A), (B) T2W

¹Bệnh viện Đa khoa Vinmec Hải Phòng

²Bệnh viện Đa khoa Vinmec Times City

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bá Phong

Email: phongnb.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 8.12.2025

Ngày duyệt bài: 6.01.2026