

có trường hợp >20 mm. Mức chênh lệch chiều dài chân > 2cm khiến ảnh hưởng rõ rệt tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [6]. Kết quả của chúng tôi nằm trong giới hạn chấp nhận được về mặt lâm sàng.

Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trật khớp, lỏng chuỗi hay biến chứng nhiễm trùng, đây là các biến chứng thường gặp trong nghiên cứu tương đồng [8].

Tỷ lệ trật khớp sau thay khớp háng toàn phần theo y văn dao động khoảng 1–3%. Việc không ghi nhận trật khớp trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tính an toàn của kỹ thuật trong giai đoạn theo dõi ngắn hạn.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu cho thấy thay khớp háng toàn phần là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả và khả thi đối với bệnh nhân hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi ở giai đoạn tiến triển, với cải thiện sớm rõ rệt về đau, chức năng khớp háng và khả năng sinh hoạt trở lại trong những tuần đầu sau phẫu thuật, cùng tỷ lệ biến chứng thấp. Kết quả nghiên cứu góp phần bổ sung bằng chứng thực tiễn và có thể làm cơ sở tham khảo cho lựa chọn phương pháp phẫu thuật và tư vấn điều trị đối với bệnh nhân hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Bá Hải (2022), Nghiên cứu kết quả thay khớp háng toàn phần trên bệnh nhân hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi tại bệnh viện Việt Đức,

Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

2. Nguyễn Văn Hết (2021), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh x quang và đánh giá kết quả điều trị hoại tử chỏm xương đùi ở bệnh nhân từ 18 đến dưới 60 tuổi bằng phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2020-2021. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ: Trường Đại học Y Dược Cần Thơ; 2021.
3. Hiếu ND, Hiếu DV, Hải NB, Trình LK, Tuyền NT, Dũng TT. Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng tại Bệnh Viện E. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;544(3):31-5.
4. Huỳnh Trung Tín (2019), "Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần ở bệnh nhân hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2018-2019", Tạp Chí Y Dược học Cần Thơ. 2019(21), tr. 80-87.
5. Kim YH, Kim JS, Park JW, Joo JH. Total hip replacement for osteonecrosis of the femoral head in young patients. J Bone Joint Surg Br. 2012;94(7):909-915. doi:10.1302/0301-620X.94B7.29136.
6. Kwan TH, Chiang CH, Chih WH, Chou CM. Femoral Neck Fracture with Misdiagnosis of Osteonecrosis of the Femoral Head: A Two-Case Report. Medicina (Kaunas, Lithuania). 2024;60(7).
7. Lieberman JR, Berry DJ, Mont MA, Aaron RK, Callaghan JJ, Rajadhyaksha AD, et al. Osteonecrosis of the hip: management in the 21st century. Instr Course Lect. 2003.
8. Mont MA, Jones LC, Hungerford DS. Nontraumatic osteonecrosis of the femoral head: ten years later. J Bone Joint Surg Am. 2006;88(5):1117-1132. doi:10.2106/JBJS.E.01041.

KHẢO SÁT MỐI LIÊN QUAN GIỮA TRIỆU CHỨNG ĐAU KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM VÀ SỰ HIỆN DIỆN CỦA HÌNH ẢNH TRÀN DỊCH KHỚP TRÊN PHIM CỘNG HƯỞNG TỪ

Lâm Đại Phong¹, Đinh Thị Bảo Uyên¹, Lê Trần Lan Anh¹,
Nguyễn Thị Mến¹, Trịnh Thị Thanh Thanh¹, Đoàn Phan Chí Nhân¹

TÓM TẮT

¹ Khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Lâm Đại Phong
Email: phonglam@ump.edu.vn
Mã bài: N696
Ngày nhận bài: 9.2.2026
Ngày phản biện khoa học: 20.3.2026
Ngày duyệt bài: 22.4.2026

Đặt vấn đề: Rối loạn nội khớp thái dương hàm (internal temporomandibular joint derangement) là bệnh lý thường gặp, xuất hiện ở nhiều nhóm tuổi và có thể ảnh hưởng đáng kể đến chức năng hệ thống nhai. Bên cạnh thăm khám lâm sàng, việc lựa chọn các phương tiện cận lâm sàng phù hợp đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán và lập kế hoạch điều trị. Trong số các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh hiện nay, cộng hưởng từ (Magnetic Resonance Imaging – MRI)

là phương pháp không xâm lấn, không sử dụng bức xạ ion hóa và có khả năng đánh giá mô mềm, đặc biệt là phát hiện tràn dịch khớp – một dấu hiệu hình ảnh có giá trị trong chẩn đoán rối loạn nội khớp thái dương hàm. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm dịch thể học và xác định mối liên quan giữa triệu chứng đau khớp với sự hiện diện của hình ảnh tràn dịch khớp thái dương hàm trên MRI ở bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn nội khớp. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 45 bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn nội khớp thái dương hàm tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01/2020 đến tháng 03/2025. Các biến số thu thập bao gồm tuổi, giới tính, triệu chứng đau khớp khi khám lâm sàng và sự hiện diện của tràn dịch khớp trên MRI. **Kết quả:** Rối loạn nội khớp thái dương hàm gặp nhiều hơn ở nữ giới và ở nhóm bệnh nhân ≤ 35 tuổi; tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $34,6 \pm 14,2$ tuổi. Tỷ lệ đau khớp cao hơn ở nữ giới và nhóm ≤ 35 tuổi. Tuy nhiên, không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng đau khớp giữa hai bên khớp, giữa hai giới và giữa hai nhóm tuổi (≤ 35 tuổi và > 35 tuổi). Ngoài ra, không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa triệu chứng đau khớp và sự hiện diện của hình ảnh tràn dịch khớp trên MRI.

Từ khóa: rối loạn nội khớp thái dương hàm, đau khớp, phim cộng hưởng từ, hình ảnh tràn dịch khớp trên phim MRI

SUMMARY

INVESTIGATION OF THE ASSOCIATION BETWEEN JOINT PAIN AND THE PRESENCE OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT EFFUSION ON MAGNETIC RESONANCE IMAGING

Background: Internal temporomandibular joint (TMJ) derangement is a common disorder that affects various age groups and may significantly impair masticatory function. In addition to clinical examination, the appropriate use of adjunctive diagnostic modalities plays a crucial role in diagnosis and treatment planning. Among current imaging techniques, magnetic resonance imaging (MRI) is a non-invasive method that does not involve ionizing radiation and allows detailed evaluation of soft tissues, particularly the detection of joint effusion—an imaging finding considered valuable in the diagnosis of internal TMJ derangement. **Objective:** To investigate the epidemiological characteristics and to determine the association between joint pain and the presence of TMJ effusion on MRI in patients diagnosed with internal TMJ derangement. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 45 patients diagnosed with internal TMJ derangement at the University Medical Center Ho Chi Minh City from January 2020 to March 2025. Collected variables included age, sex, clinical joint pain, and the presence of TMJ effusion on MRI. **Results:** Internal TMJ

derangement was more frequently observed in female patients and in individuals aged ≤ 35 years, with a mean age of 34.6 ± 14.2 years. The prevalence of joint pain was also higher in females and in the ≤ 35 -year age group. However, no statistically significant differences were found in joint pain between the right and left sides, between sexes, or between the two age groups (≤ 35 and > 35 years). Furthermore, no statistically significant association was identified between joint pain and the presence of TMJ effusion on MRI.

Keywords: internal temporomandibular joint derangement, joint pain, magnetic resonance imaging, presence of joint effusion on MRI.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn nội khớp thái dương hàm là bệnh lý thường gặp, xuất hiện ở nhiều nhóm tuổi và có thể ảnh hưởng đáng kể đến chức năng hệ thống nhai. Phân loại của Wilkes mô tả bệnh lý này theo nhiều giai đoạn tiến triển, nhấn mạnh các biểu hiện lâm sàng chủ yếu như đau khớp, tiếng kêu khớp, tình trạng khóa hàm và hạn chế há miệng [1]. Việc ghi nhận đầy đủ các triệu chứng lâm sàng có ý nghĩa quan trọng trong định hướng chẩn đoán và lựa chọn phương tiện cận lâm sàng phù hợp.

Ở bệnh nhân có triệu chứng đau khớp, cơ chế gây đau chưa phải lúc nào cũng được xác định rõ ràng, do các dấu hiệu viêm điển hình như sưng, nóng, đỏ thường không biểu hiện rõ trên lâm sàng. Bên cạnh đó, rối loạn nội khớp thái dương hàm và viêm khớp có thể đi kèm với tình trạng viêm màng hoạt dịch. Trong bối cảnh này, việc khảo sát sự hiện diện của tràn dịch khớp trên hình ảnh cộng hưởng từ (MRI) có thể cung cấp thêm thông tin gợi ý về cơ chế bệnh sinh của triệu chứng đau, qua đó hỗ trợ quá trình chẩn đoán và lập kế hoạch điều trị phù hợp.

Trong nghiên cứu “Khảo sát mối liên quan giữa triệu chứng đau khớp và sự hiện diện của hình ảnh tràn dịch khớp trên phim cộng hưởng từ (MRI)”, chúng tôi trình bày các dữ liệu nhằm bổ sung bằng chứng khoa học về đặc điểm bệnh lý của nhóm bệnh nhân tại Việt Nam, đồng thời đánh giá mối liên quan giữa triệu chứng đau khớp và tình trạng tràn dịch khớp ở bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn nội khớp thái dương hàm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn nội khớp thái dương hàm và

có chỉ định chụp cộng hưởng từ (MRI) khớp thái dương hàm. Các bệnh nhân này được thu thập dữ liệu nhằm phân tích đặc điểm dịch tễ học, tình trạng đau khớp và sự hiện diện của hình ảnh tràn dịch khớp trên MRI.

Phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Mẫu nghiên cứu bao gồm các bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn nội khớp thái dương hàm tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian từ tháng 01/2020 đến tháng 03/2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn nội khớp thái dương hàm dựa trên thăm khám lâm sàng
- Có chỉ định chụp cộng hưởng từ (MRI) khớp thái dương hàm.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin về tuổi, giới tính, triệu chứng đau khớp và kết quả MRI.
- Hình ảnh MRI đạt chất lượng chẩn đoán.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có tiền sử chấn thương vùng hàm mặt hoặc phẫu thuật khớp thái dương hàm trước đó.
- Bệnh nhân mắc các bệnh lý toàn thân có thể ảnh hưởng đến khớp (ví dụ: viêm khớp dạng thấp, bệnh lý tự miễn).
- Hình ảnh MRI không đạt chất lượng hoặc không đủ dữ liệu để đánh giá tình trạng tràn dịch khớp.
- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

2.2. Phương pháp xử lý dữ liệu

Dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel 2016 (Microsoft Corporation, Redmond, WA, USA) và IBM SPSS Statistics phiên bản 26.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA).

Phân tích thống kê được thực hiện với mức ý nghĩa thống kê được xác định trước là $p < 0,05$.

Các phép kiểm định được sử dụng bao gồm:

• **Kiểm định Chi-square (χ^2 test):** dùng để đánh giá sự khác biệt về tỷ lệ giữa các nhóm (giới tính, nhóm tuổi) và phân tích mối liên quan giữa triệu chứng đau khớp và sự hiện diện của tràn dịch khớp trên MRI.

• **Kiểm định Fisher's exact test:** được áp dụng trong trường hợp tần suất kỳ vọng của bảng chéo nhỏ hơn 5, nhằm thay thế cho kiểm định Chi-square.

• **Kiểm định McNemar:** được sử dụng để so sánh sự khác biệt về tình trạng đau khớp giữa hai bên khớp (trái và phải) trong cùng một bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 5. Phân bố tuổi, giới của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (%)	Tuổi trung bình	Tuổi nhỏ nhất	Tuổi lớn nhất
Nam	14 (31,1)	34,9	18	69
Nữ	31 (68,9)	34,4	17	75
Tổng	45 (100)	34,6	17	75

Trong tổng số 45 bệnh nhân được đưa vào phân tích, nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn so với nam giới (68,9% so với 31,1%), với tỷ lệ nữ/nam xấp xỉ 2,2:1.

Tuổi trung bình của toàn bộ mẫu nghiên cứu là $34,6 \pm 14,2$ tuổi. Độ tuổi dao động từ 17 đến 75 tuổi. Tuổi trung bình ở nhóm nam là 34,9 tuổi và ở nhóm nữ là 34,4 tuổi, cho thấy không có sự khác biệt đáng kể về tuổi trung bình giữa hai giới.

Bảng 6. Tần số, tỉ lệ khớp có triệu chứng đau của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm nhóm		Tần số (%)	Kết quả kiểm định
Giới	Nam	12 (30,8)	$p=0,899$
	Nữ	27 (69,2)	
Nhóm tuổi	Nhóm ≤ 35 tuổi	26 (66,7)	$p^*=1$
	Nhóm > 35 tuổi	13 (33,3)	
Bên khớp	Trái	27 (51,9)	$p^{**}=0,845$
	Phải	25 (48,1)	
Chung		39	

p : Kiểm định Chi bình phương

p^* : Kiểm định Fisher

p^{**} : Kiểm định McNemar

Trong tổng số 45 bệnh nhân, có 39 bệnh nhân ghi nhận triệu chứng đau khớp (86,7%). Xét theo giới tính, trong số các bệnh nhân có đau khớp, nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới (69,2% so với 30,8%). Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (χ^2 test, $p = 0,899$).

Theo nhóm tuổi, tỷ lệ bệnh nhân có đau khớp ở nhóm ≤ 35 tuổi cao hơn so với nhóm > 35 tuổi (66,7% so với 33,3%). Tuy nhiên, sự khác biệt giữa hai nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê (Fisher's exact test, $p = 1,000$).

Khi phân tích theo bên khớp, tổng số khớp có triệu chứng đau là 52 khớp, trong đó khớp trái chiếm 51,9% và khớp phải chiếm 48,1%. Sự

khác biệt về tỷ lệ đau giữa hai bên khớp không có ý nghĩa thống kê (McNemar test, $p = 0,845$).

Bảng 7. Tần suất, tỉ lệ khớp có triệu chứng đau và hình ảnh tràn dịch khớp trên phim MRI

	Khớp đau (%)	Khớp không đau (%)	Tổng (%)
Có tràn dịch khớp (%)	17 (18,9)	11 (12,2)	28 (31,1)
Không có tràn dịch khớp (%)	35 (38,9)	27 (30,0)	62 (68,9)
Tổng (%)	52 (57,8)	38 (42,2)	70 (100)

$p=0.852$

p: Kiểm định Chi bình phương

Trong tổng số 90 khớp được khảo sát, có 28 khớp (31,1%) ghi nhận hình ảnh tràn dịch khớp trên MRI và 62 khớp (68,9%) không phát hiện tràn dịch. Trong nhóm khớp có triệu chứng đau (52 khớp, 57,8%), 17 khớp (18,9%) có tràn dịch và 35 khớp (38,9%) không có tràn dịch. Trong nhóm khớp không có triệu chứng đau (38 khớp, 42,2%), 11 khớp (12,2%) có tràn dịch và 27 khớp (30,0%) không có tràn dịch. Kết quả kiểm định Chi-square cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa triệu chứng đau khớp và sự hiện diện của tràn dịch khớp trên MRI ($p = 0,852$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, số bệnh nhân nữ cao gấp 2,2 lần so với nam giới, cho thấy xu hướng rối loạn nội khớp thái dương hàm gặp nhiều hơn ở nữ. Tỷ lệ triệu chứng đau khớp cũng ghi nhận cao hơn ở nữ giới và ở nhóm bệnh nhân ≤ 35 tuổi. Ngoài ra, tỷ lệ đau khớp bên trái cao hơn bên phải; tuy nhiên, sự khác biệt này không đạt ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Han Qin và cộng sự (2024), trong đó tác giả ghi nhận tỷ lệ đau khớp giữa hai bên tương đối tương đương và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [2].

Kết quả nghiên cứu cho thấy ở cả nhóm có tràn dịch khớp và không có tràn dịch khớp, tỷ lệ khớp đau đều cao hơn so với khớp không đau. Ngược lại, khi phân tích theo chiều tình trạng đau, ở cả nhóm khớp đau và nhóm khớp không đau, tỷ lệ khớp không phát hiện tràn dịch trên MRI vẫn cao hơn so với tỷ lệ có tràn dịch. Điều này cho thấy sự hiện diện của tràn dịch khớp không hoàn toàn tương ứng với biểu hiện lâm sàng của triệu chứng đau. Theo Chuanjie Li và cộng sự (2024), các yếu tố như đau khớp, tiếng

kêu khớp, dôi đĩa có hồi phục và cứng khớp được xem là các yếu tố nguy cơ của tràn dịch khớp, trong đó đau khớp là yếu tố nguy cơ mạnh nhất [3]. Do đó, việc ghi nhận tỷ lệ đau khớp cao hơn trong nhóm có tràn dịch là phù hợp với giả thuyết rằng tràn dịch có thể liên quan đến phản ứng viêm hoặc thay đổi sinh học trong khớp.

Bên cạnh đó, ở bệnh nhân có dôi đĩa, mô khớp có thể tăng tưới máu để đáp ứng với sự thay đổi vị trí đĩa khớp, và tràn dịch thường xuất hiện trước khi viêm khớp tiến triển rõ ràng [4]. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng trong điều kiện sinh lý bình thường, dịch khớp tồn tại dưới dạng một lớp mỏng và không quan sát được trên MRI. Một lượng nhỏ dịch tích tụ có thể trở nên quan sát được trong trường hợp đĩa khớp bị gấp lại hoặc thay đổi vị trí, kể cả ở những khớp không có triệu chứng đau. Một số tác giả cho rằng sự tăng tín hiệu dịch khớp trên MRI không nhất thiết phản ánh tình trạng viêm cấp, mà có thể liên quan đến sự giảm thanh thải dịch do những thay đổi mạn tính của màng hoạt dịch.

Kết quả của nghiên cứu này phù hợp với các báo cáo trước đây cho thấy tràn dịch khớp cũng có thể xuất hiện ở các khớp không có triệu chứng lâm sàng. Bruno Orlando và cộng sự (2009) ghi nhận rằng dôi đĩa không hồi phục là yếu tố nguy cơ của tràn dịch khớp nhiều hơn so với dôi đĩa có hồi phục, có thể do tình trạng dôi đĩa ra trước không hồi phục tạo ra áp lực cơ học bất thường hoặc gia tăng các chất trung gian viêm, từ đó dẫn đến tích tụ dịch trong khoang khớp [5]. Đồng thời, sự thay đổi cấu trúc giải phẫu trong dôi đĩa không hồi phục có thể làm giảm lưu thông dịch khớp, gây tích tụ dịch cục bộ mà không nhất thiết đi kèm biểu hiện viêm lâm sàng.

Ngoài ra, một số nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ phát hiện tràn dịch khớp trên MRI ở bệnh nhân không có triệu chứng đau dao động từ 3% đến 72% [6]. Sự khác biệt lớn này có thể liên quan đến sự không thống nhất về tiêu chuẩn chẩn đoán và phương pháp đánh giá tràn dịch trên MRI giữa các nghiên cứu. Kết quả của chúng tôi phù hợp với phần lớn các báo cáo cho thấy tỷ lệ khớp không có tràn dịch vẫn cao hơn so với khớp có tràn dịch ở nhóm không có triệu chứng lâm sàng.

Bản thân màng hoạt dịch không được chi phối trực tiếp bởi các sợi thần kinh cảm giác, do đó tình trạng viêm màng hoạt dịch không nhất thiết gây đau một cách trực tiếp. Tuy nhiên, các chất trung gian gây viêm được giải phóng trong

quá trình viêm hoạt dịch có thể kích thích các thụ thể đau tại bao khớp và các cấu trúc lân cận, từ đó dẫn đến biểu hiện đau khớp. Ngoài ra, tình trạng viêm thường khu trú ở vùng mô sau đĩa, nơi chịu tác động của chấn thương cơ học và tăng tải lực lên xương dưới sụn. Những thay đổi cơ học này có thể gây đáp ứng cấu trúc ở xương dưới sụn và góp phần vào cơ chế sinh đau. Sự tích tụ các mảnh vụn thoái hóa trong khoang khớp cũng có thể khởi phát phản ứng viêm tại màng hoạt dịch. Bên cạnh đó, các biến đổi trong tủy xương lõi cầu, gợi ý tình trạng phù tủy hoặc hoại tử xương, đã được ghi nhận là yếu tố có thể liên quan đến đau khớp thái dương hàm [4].

Kết quả của nghiên cứu này ghi nhận không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa triệu chứng đau khớp và sự hiện diện của tràn dịch khớp trên MRI ($p = 0,852$). Phát hiện này có thể được lý giải bởi tính chất đa yếu tố của cơ chế sinh đau trong rối loạn nội khớp thái dương hàm. Nói cách khác, sự hiện diện của tràn dịch khớp không phải lúc nào cũng đồng nghĩa với biểu hiện đau lâm sàng, và ngược lại, đau khớp có thể xuất hiện ngay cả khi không ghi nhận tràn dịch trên hình ảnh cộng hưởng từ.

Hiện nay, y văn vẫn chưa đạt được sự đồng thuận về mối liên quan giữa triệu chứng đau khớp và sự hiện diện của tràn dịch khớp trên MRI. Bên cạnh đó, các nghiên cứu còn thiếu sự thống nhất trong tiêu chuẩn xác định tràn dịch khớp, phân loại mức độ tràn dịch cũng như cách đánh giá mức độ đau khớp, điều này có thể góp phần tạo nên sự khác biệt trong kết quả giữa các nghiên cứu. Một số tác giả như Khawaja (2017), Kaneyama (2010) và Guler và cộng sự (2003) ghi nhận không có mối liên quan giữa tràn dịch khớp với triệu chứng đau, tình trạng dôi đĩa hoặc hạn chế vận động hàm. Ngược lại, Hosgor (2012) báo cáo mối liên quan giữa đau khớp và sự hiện diện của tràn dịch khớp [6], trong khi Bas và cộng sự (2011) ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ đau và mức độ tràn dịch trên MRI [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả phân tích cũng cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa sự hiện diện của hình ảnh tràn dịch khớp trên MRI và triệu chứng đau khớp. Phát hiện này phù hợp với nhóm các nghiên cứu cho rằng tràn dịch khớp không phải là yếu tố duy nhất quyết định biểu hiện đau lâm sàng, đồng thời củng cố giả thuyết rằng cơ chế

sinh đau trong rối loạn nội khớp thái dương hàm có tính chất đa yếu tố.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy rối loạn nội khớp thái dương hàm gặp nhiều hơn ở nữ giới so với nam giới và phân bố ở nhiều nhóm tuổi khác nhau, với tuổi trung bình là $34,6 \pm 14,2$ tuổi. Về đặc điểm lâm sàng, tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau khớp tương đối cao (86,7%), trong đó tỷ lệ này cao hơn ở nữ giới và ở nhóm bệnh nhân ≤ 35 tuổi.

Hình ảnh tràn dịch khớp trên MRI được ghi nhận ở 31,1% tổng số khớp khảo sát. Ở cả nhóm khớp có triệu chứng đau và nhóm khớp không đau, tỷ lệ khớp không phát hiện tràn dịch cao hơn so với khớp có tràn dịch. Phân tích thống kê cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa sự hiện diện của tràn dịch khớp trên MRI và triệu chứng đau khớp.

VI. KIẾN NGHỊ

Chúng tôi đề xuất thực hiện các nghiên cứu tiến cứu nhằm theo dõi diễn tiến của tình trạng tràn dịch khớp ở bệnh nhân ngay từ giai đoạn khởi phát triệu chứng đau. Việc áp dụng thang điểm đánh giá đau chuẩn hóa trong thăm khám lâm sàng sẽ giúp phân tích mối tương quan giữa mức độ đau và sự thay đổi của tràn dịch khớp theo thời gian.

Bên cạnh đó, các nghiên cứu trong tương lai nên xem xét phân tích thành phần sinh học của dịch khớp nhằm làm rõ vai trò của các chất trung gian viêm và cơ chế bệnh sinh liên quan. Cách tiếp cận này có thể góp phần xác định chính xác hơn mối liên quan giữa tràn dịch khớp và tình trạng viêm có biểu hiện triệu chứng đau ở bệnh nhân rối loạn nội khớp thái dương hàm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. G. Warburton, "Internal Derangements of the Temporomandibular Joint", *Oral and Maxillofacial Surgery for the Clinician*, K. Bonanthaya, E. Panneerselvam, S. Manuel, V. V. Kumar, and A. Rai, Eds., Singapore: Springer Nature Singapore, 2021, pp. 1361–1380. doi: 10.1007/978-981-15-1346-6_63.
2. H. Qin *et al.*, "Clinical profile in relation to age and gender of patients with temporomandibular disorders: a retrospective study," *BMC Oral Health*, vol. 24, no. 1, p. 955, Aug. 2024, doi: 10.1186/s12903-024-04736-2.

3. C. Li, B. Chen, R. Zhang, and Q. Zhang, "Comparative study of clinical and MRI features of TMD patients with or without joint effusion: a retrospective study," *BMC Oral Health*, vol. 24, no. 1, p. 314, Mar. 2024, doi: 10.1186/s12903-024-04065-4.
4. N. Güler, S. Uçkan, P. Imirzalıoğlu, and S. Açıkgözoğlu, "Temporomandibular joint internal derangement: relationship between joint pain and MR grading of effusion and total protein concentration in the joint fluid," *Dentomaxillofacial Radiology*, vol. 34, no. 3, pp. 175–181, May 2005, doi: 10.1259/dmfr/49181266.
5. B. Orlando, G. Chiappe, N. Landi, and M. Bosco, "Risk of temporomandibular joint effusion related to magnetic resonance imaging signs of disc displacement," *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, vol. 14, no. 4, pp. E188-193, Apr. 2009.
6. S. N. Khawaja, "Association between Arthralgia and Imaging Findings of Effusion in the Temporomandibular Joints: A Systematic Review," *JDHODT*, vol. 7, no. 6, Aug. 2017, doi: 10.15406/jdhodt.2017.07.00262.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ KỸ THUẬT XUYỀN THÀNH NỐT ĐƠN ĐỘC Ở PHỔI DƯỚI HƯỚNG DẪN CẮT LỚP VI TÍNH TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỞU TỈNH THANH HÓA

Lê Xuân Chính¹, Nguyễn Văn Sơn¹, Nguyễn Tiến Đức¹, Nguyễn Thành Nam^{1,2},
Mai Quang Minh¹, Mai Xuân Hiệp¹, Lê Thanh Long¹, Hoàng Ngọc Bắc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh nốt đơn độc phổi trên phim chụp cắt lớp vi tính. 2. Nghiên cứu tai biến và mối liên quan với một số yếu tố liên quan trong sinh thiết xuyên thành nốt đơn độc phổi dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp không có nhóm chứng trên 56 trường hợp nốt đơn độc trên phim chụp cắt lớp vi tính được sinh thiết xuyên thành nốt tại Bệnh viện Ung bướu tỉnh Thanh Hóa từ 01/2021 đến 08/2022.

Kết quả và kết luận: Kích thước trung bình tổn thương là 24,7±4,68mm, các đặc điểm như bờ thùy múi, bờ tủa gai, ngấm thuốc >15HU có tỷ lệ là u ác tính cao hơn các đặc điểm khác trong cùng nhóm. Tỷ lệ tai biến chung sau sinh thiết là 43,9%, thường gặp nhất là tai biến liên quan đến mạch máu. Phần lớn trường hợp chuyển kim trong sinh thiết có xuất hiện tai biến sau sinh thiết.

Từ khóa: Nốt đơn độc ở phổi, chụp cắt lớp vi tính, sinh thiết xuyên thành ngực.

SUMMARY

¹ Bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa

² Trường Đại học Y Hà Nội phân hiệu Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Lê Xuân Chính

Email: bschinh.cdha@gmail.com

Mã bài: N699

Ngày nhận bài: 23.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 23.3.2026

Ngày duyệt bài: 23.4.2026

THE IMAGING CHARACTERISTICS AND COMPUTED TOMOGRAPHY-GUIDED PERCUTANEOUS TRANSTHORACIC NEEDLE BIOPSY FOR SOLITARY PULMONARY NODULES AT THANH HOA ONCOLOGY HOSPITAL

Purpose: 1. Study imaging characteristics of solitary pulmonary nodules on computed tomography. 2. Study on complications and the relationship with some related factors in computed tomography-guided percutaneous transthoracic needle biopsy for solitary pulmonary nodules.

Methods: This is an intervention study without a control group, study on 56 patients with solitary pulmonary nodule on CT, underwent computed tomography-guided percutaneous transthoracic needle biopsy at Thanh Hoa Oncology Hospital from January 2021 to August 2022.

Results and Conclusion: The average size of the lesion was 24.7±4.68mm, features such as lobulated margin, spiculated margin, enhancement >15HU had a higher rate of malignant tumors than other features in the same group. The overall rate of complications after biopsy was 43.9%, the most common was complication related to blood vessels. Most cases of needle transfer during biopsy had complications after biopsy.

Keywords: solitary pulmonary nodule, computed tomography, percutaneous transthoracic needle biopsy.