

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ Ở BỆNH NHÂN THOÁI HÓA KHỚP GỐI

Cao Trường Sinh*, Nguyễn Viết Tuấn*

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá tổn thương khớp gối trên cộng hưởng từ nhằm phục vụ cho công tác phân loại, tiên lượng và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp cho bệnh nhân thoái hóa khớp gối. **Đối tượng và phương pháp:** 60 khớp gối - 30 bệnh nhân, 26 nữ, 4 nam, tuổi trung bình 58.63 ± 11.11 , được chẩn đoán thoái hóa theo Hội khớp học Hoa Kỳ (ACR), giai đoạn II - III theo Kellgren và Lawrenc. Tất cả được thăm khám lâm sàng đầy đủ và được chụp cộng hưởng từ cả 2 khớp gối. Các chỉ số được đo đạc trên phần mềm của máy. **Kết quả:** Sụn khớp ở vị trí lồi cầu trong mỏng hơn ($1,35 \pm 0,14$ mm) so với vị trí lồi cầu ngoài ($1,57 \pm 0,11$ mm) và lồi cầu ngoài ($1,40 \pm 0,10$ mm). Bề dày sụn khớp đùi chèn là $1,56 \pm 0,09$ mm. Tổn thương sụn chêm chủ yếu là sụn chêm trong: rách 41,67%, lồi 48,3%. 100% có tràn dịch khớp gối trên cộng hưởng từ. Phù tủy xương đùi chiếm 80%, xương chày 60% và xương bánh chè chỉ có 36,67%. **Kết luận:** Tổn thương thoái hóa khớp gối trên cộng hưởng từ chủ yếu là bào mòn lớp sụn ở các vị trí lồi cầu trong, lồi cầu ngoài, liên lồi cầu và khớp đùi chèn. Tổn thương sụn chêm chủ yếu là sụn chêm trong. Phù tủy xương đùi, xương chày là chủ yếu.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN PATIENTS WITH KNEE OSTEOARTHRITIS

Aim: Assessment of knee injuries on magnetic resonance imaging to serve the classification, prognosis and selection of appropriate treatment methods for patients with knee osteoarthritis. **Objects and methods:** 60 knee joints - 30 patients, 26 female, 4 male, mean age 58.63 ± 11.11 years, were diagnosed degenerative according to American Society of Rheumatology (ACR), stage II - III according to Kellgren and Lawrenc. All had a full clinical examination and magnetic resonance imaging of both knees. The metrics are measured on the machine's software. **Results:** The articular cartilage at the inside condyle was thinner (1.35 ± 0.14 mm) than the intercondylar (1.57 ± 0.11 mm) and outside condyle (1.40 ± 0.10 mm). The cartilage thickness of the patellar joint was 1.56 ± 0.09 mm. Injury to meniscus is mainly internal meniscus: tear 41.67%, convex 48.3%. 100% have the knee effusion on magnetic resonance. Edema of the femoral bone accounts for 80%, the tibia 60% and the patella only 36.67%.

**Bệnh viện Đại học Y khoa Vinh*

Chịu trách nhiệm chính: Cao Trường Sinh

Email: caotruongsinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 27.4.2022

Ngày duyệt bài: 12.5.2022

Conclusion: Osteoarthritis imaging of the knee on magnetic resonance was mainly eroding the cartilage layer at the inside condyle, outside condyle, intercondylar and patellar joint. Injury to the meniscus was mainly the internal meniscus. The edema of the femoral and tibial bones was predominant.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp gối là bệnh thoái hóa, có tổn thương sụn, xương dưới sụn và tổ chức xung quanh, được chia thành hai loại nguyên phát và thứ phát. Thoái hóa khớp gối nguyên phát thường do quá trình lão hóa cùng với tuổi tác và suy giảm nội tiết ở nữ giới. Thoái hóa khớp gối thứ phát thường do chấn thương, các bệnh viêm nhiễm kéo dài, gout, tư thế, trọng lực, thừa cân và béo phì.

Thoái hóa khớp gối là nguyên nhân gây tàn tật cho người có tuổi đứng thứ hai sau bệnh tim mạch. Thoái hóa khớp gối chiếm 56,5% trong thoái hóa khớp nói chung. Thoái hóa khớp gối ảnh hưởng nhiều nhất đến chức năng vận động [1]. Các thoái hóa khớp gối nặng là nguyên nhân gây tàn phế của nhiều bệnh nhân, kéo theo sự chi phí tốn kém của gia đình và xã hội.

Hiện nay việc điều trị thoái hóa khớp gối chủ yếu vẫn dựa trên triệu chứng lâm sàng và một số xét nghiệm thường quy, nhiều nơi chưa có điều kiện chụp cộng hưởng từ để đánh giá tổn thương hình thái sụn và khớp cũng như tổ chức xung quanh cộng hưởng từ để có lựa chọn phương pháp can thiệp phù hợp. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục đích mô tả hình ảnh cộng hưởng từ trên bệnh nhân thoái hóa khớp gối giai đoạn 2, 3 để phục vụ công tác điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu này là nghiên cứu mô tả cắt ngang, được tiến hành trên 30 bệnh nhân, 26 nữ, 4 nam, tuổi trung bình 58.63 ± 11.11 , thời gian mắc bệnh trung bình $5,3 \pm 4,6$ năm tương ứng 60 khớp gối được chẩn đoán thoái hóa theo Hội khớp học Hoa Kỳ (ACR)[2]. Tất cả bệnh nhân được khám lâm sàng đầy đủ, đánh giá thang điểm đau và chụp X quang chẩn đoán giai đoạn II - III theo Kellgren và Lawrenc. Loại trừ những bệnh nhân thoái hóa khớp gối thứ phát, thoái hóa khớp gối do chấn thương, nhiễm trùng các bệnh khớp gây thoái hóa

Sau khi được chẩn đoán thoái hóa khớp gối

trên X quang, bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ với máy cộng hưởng từ vĩnh cửu 0.4 Tesla cho cả 2 khớp/1 bệnh nhân. Hình ảnh được đọc và đo đạc trên phần mềm bởi bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh.

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh từ tháng 5/2020 đến tháng 3/2021.

Số liệu được nhập vào phần mềm Excel 2010 và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm đầu vào của bệnh nhân

Biến số	Nam	Nữ	Tổng
Số bệnh nhân	4 (13.3%)	26 (86.7%)	30 (100%)
Số khớp	8 (13.3)	52 (86.7)	60 (100%)
Tuổi (năm)	54.25 ± 9.57	59.31 ± 11.34	58.63 ± 11.11
Chiều cao	1.63±0.03	1.55±0.05	1.56±0.05
Cân nặng	64.25±7.27	53.5±7.2	54.93±8.00
BMI (kg/m ²)	24.0 ±2.33	22.1 ±2,2	22.3 ± 2.28
Giai đoạn thoái hoá theo Kellgren và Lawrence			
Giai đoạn II	2 (3.3%)	10 (16.7%)	12 (20%)
Giai đoạn III	6 (10%)	42(70%)	48 (80%)

Tuổi trung bình ở nữ cao hơn nam. Số bệnh nhân nam 4 người chiếm 13,3% bệnh nhân nữ chiếm chủ yếu 86,7% (26 người) và số khớp tổn thương giai đoạn III chiếm 80%. Thời gian mắc bệnh trung bình là 5,3 ± 4,6 năm. BMI trung bình ở nam cao hơn nữ.

Bảng 2. Đặc điểm bề dày sụn khớp trên cộng hưởng từ

Bề dày sụn khớp(mm)	Vị trí đo		
	Lồi cầu ngoài	Lồi cầu trong	Liên lồi cầu
Đầu dưới xương đùi	1,40±0,10	1,35±0,14	1,57±0,11
Đầu trên xương chày	1,39±0.10	1,35±0,14	1,56±0,12
Khớp đùi chèn	1,56 ±0,09		

Sụn khớp ở vị trí lồi chày trong mỏng hơn (1,35±0,14) so với vị trí liên lồi cầu (1,57±0,11) và lồi cầu ngoài (1,40±0,10). Bề dày sụn khớp đùi chèn là 1,56 ±0,09

Bảng 3. Đặc điểm tổn thương sụn chêm khớp gối trên cộng hưởng từ

		Rách		Lồi		Thoái hóa		Mất sụn	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Sụn chêm trong	Sừng trước	0	0	0	0,0	1	1,6	0	0
	Sừng sau	18	30,0	5	8,3	6	10	0	0
	Thân	7	11,67	24	40,0	6	10	0	0
Sụn chêm ngoài	Sừng trước	1	1,6	0	0,0	0	0,0	2	3,3
	Sừng sau	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	5
	Thân	3	5	2	3,3	0	0,0	3	5

- Tổn thương sụn chêm chủ yếu là sụn chêm trong: rách 41,67%), lồi 48,3% Hầu hết không gặp tổn thương mất sụn ở sụn chêm trong.

- Các tổn thương ở sụn chêm ngoài khá thấp/ hầu hết không có. Tỷ lệ tổn thương cao nhất ở sụn chêm ngoài là mất sụn 3,5 - 5%

Bảng 4. Tổn thương viêm màng hoạt dịch và kén kheo trên cộng hưởng từ

Tổn thương		Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Dịch khớp	Ít	2	3,3
	Trung bình	56	93,3
	Nhiều	2	3,3
	Tổng	60	100,0
Dày màng hoạt dịch		4	6,7
Kén kheo		15	25

100% khớp gối có tràn dịch trên cộng hưởng từ trong đó hầu hết các khớp đều có tràn dịch khớp mức độ trung bình, trên 3 ngách (chiếm 93,3%)

Bảng 5. Đặc điểm tổn thương phù tủy xương khớp gối trên cộng hưởng từ

Vị trí tổn thương		Độ 0		Độ 1		Độ 2		Độ 3	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Xương bánh chè	Mào bánh chè	58	96,7	0	0,0	2	3,3	0	0,0
	Mặt trong bánh chè	52	86,7	5	8,3	3	5,0	0	0,0
	Mặt ngoài bánh chè	48	80,0	3	5,0	7	11,7	2	3,3
	Tổng	22/60 (36,67%)							
Xương đùi	Mặt trong khớp rỗng rọc	47	78,3	4	6,7	3	5,0	6	10,0
	Mặt ngoài khớp rỗng rọc	44	73,3	1	1,7	8	13,3	7	11,7
	Mặt lồi cầu trong	42	70	1	1,7	10	16,7	7	11,7
	Mặt lồi cầu ngoài	59	98,3	1	1,7	0	0,0	0	0,0
	Tổng	48/60 (80%)							
Xương chày	Mâm chày trong	36	60	4	6,7	6	10,0	14	23,3
	Mâm chày ngoài	48	81,6	2	3,3	5	8,3	5	8,3
	Tổng	36/60 (60%)							

Phù tủy xương hay gặp ở xương chày và xương đùi với tỷ lệ tương ứng 60% và 80%, trong đó chủ yếu là phù tủy xương ở vị trí lồi cầu trong và mâm chày trong.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Tuổi cao là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất đối với thoái hóa khớp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là $58,63 \pm 11,11$ tuổi. Độ tuổi trung bình theo từng giới lần lượt là nam $54,25 \pm 9,5$, nữ $59,31 \pm 11,34$; Tỷ lệ nam 13,3%, nữ 86,7% (bảng 3.1). Kết quả này cho thấy: thoái hóa khớp gối thường gặp ở người cao tuổi và thường gặp ở nữ giới do tuổi tác và giảm nội tiết ở nữ [1], [2].

4.2. Đặc điểm tổn thương khớp gối trên cộng hưởng từ

Ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối, cộng hưởng từ có khả năng phát hiện các tổn thương sụn khớp, xương dưới sụn, phù tủy xương và các cấu trúc phần mềm xung quanh như dây chằng, màng hoạt dịch, sụn chêm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% khớp gối thoái hóa có biểu hiện tổn thương sụn, gai xương và tràn dịch khớp trên cộng hưởng từ. Tỷ lệ dày màng hoạt dịch và kén Baker được phát hiện với tỷ lệ 6,67% và 25% (Bảng 4). Tỷ lệ phù tủy xương và tổn thương sụn chêm phát hiện được trên cộng hưởng từ khá cao 53,3% và 68,33% (bảng 5).

Về vấn đề này có một số nghiên cứu trong nước và trên thế giới đề cập đến: Nghiên cứu của Bùi Hải Bình, tỷ lệ gặp các thành phần tổn thương trong thoái hóa bao gồm: 99,1% tràn dịch khớp, 98,2% có tổn thương sụn, 97,3% có gai xương, 76,6% phù tủy xương, 19,8% có kén Baker khoeo chân, 10,9% nang xương dưới sụn, 1,8% viêm màng hoạt dịch khớp và 70,3% có tổn thương sụn chêm [3].

Tác giả Nguyễn Xuân Thiệp nghiên cứu trên 54 khớp gối thoái hóa cho thấy 100% khớp có

tổn thương sụn khớp và thoái hóa sụn chêm, 90,7% tràn dịch khớp, 74,1% gai xương, 70,1% phù tủy xương, 38,9% có kén xương dưới sụn, 9,3% có kén Baker [4].

Nghiên cứu của Fernandez-Madrid F năm 1994 tiến hành trên 52 bệnh nhân thoái hóa khớp gối có triệu chứng cho thấy tỷ lệ dày màng hoạt dịch là 7,3%, tràn dịch khớp là 60%, thoái hóa sụn chêm là 52%, gai xương là 67% và tổn thương xương dưới sụn là 65% [5].

Nghiên cứu của Wu H (2007) trên 32 bệnh nhân thoái hóa khớp gối cho thấy 100% khớp gối thoái hóa có tổn thương sụn khớp, gai xương; 90,6% có bất thường sụn chêm và 46,9% có tổn thương phù tủy xương [6].

Cộng hưởng từ cho phép quan sát trực tiếp sụn hyalin với những lát cắt mỏng, sử dụng các chuỗi xung thích hợp tạo độ phản quang tối ưu để đánh giá bề dày sụn cũng như chất lượng sụn. Tổn thương sụn khớp trong nghiên cứu của chúng tôi được khảo sát ở 9 vị trí theo thang điểm KOSS. Tổn thương bề rộng và bề sâu sụn khớp mức độ nặng (> 10mm) thường gặp ở vị trí mâm chày trong (23,3% - 15%), lồi cầu trong (25% - 8,3%), mặt trong rỗng rọc (26,7% - 8,3%) (Bảng 5). Ngoài ra, chúng tôi cũng gặp tổn thương sụn khớp ở vị trí mặt ngoài xương bánh chè với tỷ lệ 18,3%.

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Xuân Thiệp trên 54 khớp thoái hóa cho thấy tất cả các khớp đều có tổn thương sụn ít nhất ở một vùng. Lồi cầu trong là nơi hay gặp mất sụn nhất (96%), trong đó mất sụn độ 2-3 chiếm 87%. Xương bánh chè là nơi hay gặp mất sụn độ 2 và 3 [4].

Kết quả này cho thấy mất sụn nặng gặp chủ yếu ở khoang đùi chày trong là vùng phải chịu lực nhiều nhất trong các hoạt động lao động

cũng như sinh hoạt hàng ngày.

Nghiên cứu của tác giả Hollis G Potter và cộng sự năm 1998 trên 88 bệnh nhân thoái hóa khớp cho thấy tỷ lệ tổn thương sụn khớp ở vị trí lồi cầu trong hay gặp nhất chiếm 64,2%, sau đó là ở khớp đùi chèn (mặt trong bánh chèn là 46,5% và mặt ngoài bánh chèn là 44,3%) và rãnh ròng rọc chiếm 43,1%, mâm chày trong và mâm chày ngoài (36,3% và 30,7%) [7].

Kết quả ở bảng 2 cho thấy, bề dày sụn khớp đầu dưới xương đùi trung bình là $1,40 \pm 0,10$ mm và đầu trên xương chày trung bình là $1,39 \pm 0,1$ mm. Trong đó, sụn khớp ở vị trí lồi cầu trong có giá trị thấp nhất ($1,35 \pm 0,14$ mm).

Tác giả Bùi Hải Bình khi tiến hành đo bề dày sụn khớp đầu dưới xương đùi trên cộng hưởng từ cũng nhận thấy bề dày sụn mỏng nhất ở vị trí lồi cầu trong ($1,0 \pm 0,49$ mm), sau đó đến lồi cầu ngoài ($1,4 \pm 0,34$ mm) và dày nhất vùng gian lồi cầu ($1,6 \pm 0,40$ mm) [3].

Nghiên cứu của Trần Việt Tiến cho thấy: bề dày vùng sụn lồi cầu trong xương đùi là $3,8,3 \pm 0,44$ mm, lồi cầu ngoài xương đùi là $3,87 \pm 0,38$ mm, mâm chày trong là $3,91 \pm 0,43$ và mâm chày ngoài là $3,88 \pm 0,45$ mm [8].

Tổn thương sụn chêm có thể dễ dàng phát hiện trên cộng hưởng từ và có liên quan đến mức độ và giai đoạn của thoái hóa khớp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hay gặp tổn thương ở thân sụn chêm. Trong số các tổn thương sụn chêm, hay gặp lồi sụn chêm sau đó đến rách sụn chêm. Mất sụn chêm gặp ở sụn chêm ngoài với tỷ lệ 13,3%, không gặp ở sụn chêm trong (bảng 3). Kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng so với nghiên cứu của tác giả Bùi Hải Bình, lồi sụn chêm hay gặp nhất, chiếm tỷ lệ 49,5%; sau đó là thoái hóa sụn chêm (33,3%), rách sụn chêm (16,2%), mất sụn chêm (4,5%), sụn chêm trong bị tổn thương nhiều hơn sụn chêm ngoài, vùng thân sụn hay gặp tổn thương nhất trong khi vùng sừng trước ít gặp hơn; loại tổn thương lồi hay gặp nhất [3]. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy tổn thương thoái hóa, lồi sụn chêm là những tổn thương thường gặp trong thoái hóa khớp ở giai đoạn muộn và có liên quan đến tình trạng hẹp khe khớp trên X-quang.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 100% khớp gối được khảo sát đều có biểu hiện tràn dịch khớp trên cộng hưởng từ trong đó hầu hết các khớp đều có tràn dịch khớp mức độ trung bình, trên 3 ngách (chiếm 93,3%). Tỷ lệ dày màng hoạt dịch khớp trên cộng hưởng từ là 6,7% và 25% khớp gối có kén Baker (Bảng 4). Trên siêu âm, chúng tôi chỉ phát hiện được

61,67% các trường hợp có tràn dịch khớp trong đó chủ yếu là tràn dịch khớp mức độ ít (< 5 mm) chiếm 38,33%. Điều này có thể do khi khảo sát tình trạng tràn dịch khớp trên cộng hưởng từ, chúng tôi quan sát ở 8 vùng theo thang điểm KOSS. Trong khi siêu âm, nhiều vị trí của ổ siêu âm bị hạn chế nên khả năng phát hiện tổn thương thấp hơn cộng hưởng từ. Hơn nữa, nhiều tác giả cho rằng cộng hưởng từ có thể phát hiện được dịch khớp khi lượng dịch lớn hơn 1 mm^3 .

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự so với nghiên cứu của Bùi Hải Bình với tỷ lệ tràn dịch khớp là 99,1%, dày màng dịch khớp là 1,8% và kén Baker là 19,8% [3] và Nguyễn Xuân Thiệp cho tỷ lệ tràn dịch khớp là 90,7% [4]. Nghiên cứu của tác giả Hill CL và cộng sự năm 2001 cho thấy tỷ lệ tràn dịch khớp là 54,6% trong số 381 bệnh nhân thoái hóa khớp gối có triệu chứng và tỷ lệ này là 15,6% trong số 52 bệnh nhân thoái hóa khớp gối không có biểu hiện đau khớp. Tỷ lệ kén Baker gặp ở 33% các trường hợp. Nhóm tác giả đã đưa ra kết luận tràn dịch khớp mức độ trung bình và nhiều có liên quan đến biểu hiện đau của bệnh nhân trên lâm sàng ($p < 0,001$). Dày màng hoạt dịch thường gặp ở thoái hóa khớp giai đoạn muộn và thường liên quan đến tình trạng đau cũng như tiến triển của thoái hóa khớp ($p < 0,001$) [9].

Phù tủy xương là tổn thương thoái hóa bao gồm các hiện tượng: phù, hoại tử tủy xương và xơ hóa. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phù tủy xương hay gặp nhất ở xương đùi với tỷ lệ 80% (48/60 khớp) và xương chày 60% (36/60 khớp), trong đó chủ yếu là phù tủy xương ở vị trí lồi cầu trong (30,6%) và mâm chày trong (40,3%). Hay gặp nhất là tổn thương phù tủy xương độ 2 với đường kính tổn thương từ 5-20mm. Phù tủy xương độ 3 với đường kính > 20 mm hay gặp nhất ở mâm chày trong (chiếm 23,6%), sau đó đến mặt lồi cầu trong (12,5%) (Bảng 5).

Theo tác giả Bùi Hải Bình, có 76,6% số khớp trong nghiên cứu có dấu hiệu phù tủy xương, trong đó 64,9% ở xương đùi, 48,6% ở xương chày và 11,7% ở xương bánh chèn. Trong 9 vị trí khảo sát, phù tủy xương hay gặp nhất ở mâm chày trong (42,3%) và mặt lồi cầu trong (32,3%). Triệu chứng phù tủy ít gặp nhất ở xương bánh chèn cũng như các vùng ít chịu lực (mặt ngoài khớp ròng rọc, mặt lồi cầu ngoài, mâm chày ngoài) [3].

Năm 2003, Felson DT nghiên cứu trên 256 bệnh nhân thoái hóa khớp cho thấy tổn thương phù tủy xương phía trong thường gặp ở bệnh

nhân có khớp gối vào trong, ngược lại, phù tủy xương phía ngoài hay gặp ở bệnh nhân có khớp gối ra ngoài. 27/75 khớp gối (chiếm 36%) có tổn thương phù tủy xương ở khoang trong cho thấy có sự tiến triển quá trình thoái hóa so với 12/148 khớp (8,1%) không có tổn thương phù tủy xương ở khoang trong (OR=6,5, 95% CI, 3-14). Khoảng 69% khớp gối trong nghiên cứu tiến triển thành thoái hóa khớp đùi chày trong có tổn thương phù tủy xương ở khoang trong và tiến triển thành thoái hóa khớp đùi chày ngoài có tổn thương phù tủy xương ở khoang ngoài. Nhóm nghiên cứu nhận thấy sự có mặt của phù tủy xương có liên quan đến triệu chứng đau, hủy hoại cấu trúc khớp và tiến triển của thoái hóa khớp gối [10].

V. KẾT LUẬN

Tổn thương thoái hóa khớp gối trên cộng hưởng tử chủ yếu là bào mòn lớp sụn ở các vị trí lõi cầu trong, lõi cầu ngoài, liên lõi cầu và khớp đùi chày. Tổn thương sụn chêm chủ yếu là sụn chêm trong. Tất cả bệnh nhân thoái hóa khớp gối đều có tràn dịch. Phù tủy xương đùi, xương chày là chủ yếu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dương Đình Toàn (2015)**. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi tạo tổn thương dưới sụn và ghép khối tế bào gốc tủy xương tự thân trong điều trị thoái hóa khớp gối, Luận án Tiến sỹ y học,

- Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Fransen M, L. Bridgett, L. March et al (2011)**. The epidemiology of osteoarthritis in Asia. *Int J Rheum Dis*, 14 (2), 113-121.
 3. **Bùi Hải Bình (2016)**. Nghiên cứu điều trị bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát bằng liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu tự thân. Luận án tiến sỹ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
 4. **Nguyễn Xuân Thiệp (2013)**. Nghiên cứu lâm sàng, hình ảnh X quang qui ước và hình ảnh cộng hưởng từ ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối, Luận văn Thạc sỹ y học. Học viện quân Y.
 5. **Fernandez-Madrid F, Karvonen R.L, Teitge R.A. et al (1994)**. MR features of osteoarthritis of the knee. *Magn Reson Imaging*, 12, 703-709.
 6. **Wu H, Webber C, Fuentes C.O. et al (2007)**. Prevalence of knee abnormalities in patients with osteoarthritis and anterior cruciate ligament injury identified with peripheral magnetic resonance imaging: a pilot study. *Can Assoc Radiol J*, 58 (3), 167-175.
 7. **Potter H.G, Linklater J.M, Allen A.A. et al (1998)**. Magnetic Resonance Imaging of Articular Cartilage in the knee. *J Bone Joint Surg Am*, 80 (9), 1276-1284.
 8. **Trần Việt Tiến và cộng sự (2015)**. Nghiên cứu ứng dụng tế bào gốc tự thân trong điều trị bệnh thoái hóa khớp. Đề tài độc lập cấp nhà nước, Học viện quân Y.
 9. **Hill C.L. et al (2001)**. Knee effusions, popliteal cysts, and synovial thickening: association with knee pain in osteoarthritis (abstract). *J Rheumatol*, 28 (6), 1330-1337.
 10. **Felson D.T, Lawrence R.C, Dieppe P.A (2000)**. Osteoarthritis: new insights. Part I: The disease and its risk factor. *Ann Intern Med*, 133, 635-646.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN ĐIỀU TRỊ U XƠ TỬ CUNG KÍCH THƯỚC LỚN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Lê Văn Tuyên*, Nguyễn Việt Trung*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt tử cung bán phần với sự hỗ trợ của máy bào tổ chức điều trị u xơ tử cung kích thước lớn tại Bệnh viện Quân y 103. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 62 bệnh nhân u xơ tử cung kích thước lớn được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi cắt tử cung bán phần. **Kết quả:** kích thước tử cung trung bình $14,82 \pm 2,06$ tuần. Test sàng lọc cổ tử cung âm tính. Thời gian mổ trung bình $140,32 \pm 46,43$

phút. Thời gian nằm viện ngắn, ít đau sau mổ, giảm chi phí điều trị. Không có tai biến, biến chứng trong và sau mổ. **Kết luận:** phẫu thuật nội soi trong điều trị u xơ tử cung kích thước lớn với hỗ trợ máy bào tổ chức mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân.

Từ khóa: U xơ tử cung kích thước lớn, phẫu thuật nội soi, cắt tử cung bán phần.

SUMMARY

EVALUATE EARLY EFFICIENCY OF LAPAROSCOPY SUPRACERVICAL HYSTERECTOMY TO TREAT LARGE UTERINE FIBROIDS AT 103 MILITARY HOSPITAL

Objective: to evaluate early results of laparoscopic supracervical hysterectomy with morcellator to treat large uterine fibroids. **Subjects and methods:** 62 patients with large uterine fibroids were treated by laparoscopic supracervical hysterectomy. **Results:**

*Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Tuyên

Email: drlevantuyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.3.2022

Ngày phản biên khoa học: 28.4.2022

Ngày duyệt bài: 13.5.2022