

được rất nhiều chi phí điều trị, hơn nữa nguồn thuốc trong BHYT đa dạng, có thể đáp ứng được phần lớn nhu cầu điều trị cho người bệnh. Trong khi đó các người bệnh không có thẻ BHYT phải tự túc hoàn toàn chi phí điều trị, không những phải mất tiền mua thuốc còn phải tự chi trả chi phí xét nghiệm, chi phí nằm viện, như vậy chi phí điều trị là một yếu tố tác động lớn đến sự tuân thủ điều trị của người bệnh xơ gan.

Hỗ trợ xã hội có vai trò quan trọng đối với người bệnh. Những nguồn hỗ trợ này có thể là cảm xúc (ví dụ: sự nuôi dưỡng), thông tin (ví dụ: lời khuyên) hoặc sự đồng hành (ví dụ: cảm giác thân thuộc); hữu hình (ví dụ: hỗ trợ tài chính) hoặc vô hình (ví dụ: lời khuyên cá nhân). Hỗ trợ có thể đến từ nhiều nguồn, chẳng hạn như gia đình, bạn bè, vật nuôi, hàng xóm, đồng nghiệp, tổ chức. Kết quả nghiên cứu cho thấy, người bệnh có sự hỗ trợ xã hội tốt sẽ tuân thủ điều trị cao hơn 6,56 lần những người bệnh khác, điều này phù hợp với khuyến cáo của Tổ chức y tế thế giới, và tương đồng với kết quả nghiên cứu của Polis và cộng sự năm 2016 [27]. Do đó, những người có sự hỗ trợ càng cao thì họ càng quan tâm đến vấn đề sức khỏe của mình và có ý thức tuân thủ điều trị tốt nhất.

## V. KẾT LUẬN

Người bệnh là nam giới chiếm đa số (81,89%), nhóm tuổi 40-49 chiếm tỷ lệ cao nhất (42,63%). Nguyên nhân xơ gan do rượu chiếm tỷ lệ cao nhất (41,82%), phần lớn các bệnh nhân xơ gan có bệnh đồng mắc và có thời gian mắc

bệnh trên 2 năm.

Đa số người bệnh xơ gan đều có sự hỗ trợ xã hội, 55,45% người bệnh có mức hỗ trợ xã hội rất tốt 30,91% người bệnh có mức hỗ trợ xã hội tốt và 13,64% người bệnh có mức hỗ trợ xã hội trung bình. Không có mức hỗ trợ xã hội kém.

Có 6 yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến sự tuân thủ điều trị của người bệnh xơ gan: những người bệnh trên 60 tuổi, có trình độ đại học/trên đại học, là công chức/viên chức, có thời gian mắc bệnh trên 2 năm, có thẻ BHYT và có sự hỗ trợ xã hội tốt sẽ tuân thủ điều trị cao hơn những NB khác ( $p < 0,05$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2019)**, "Quyết định 3310\_QĐ-BYT 2019 hướng dẫn chẩn đoán điều trị bệnh viêm gan vi rút B".
2. **Võ Thị Mỹ Dung (2009)**, Xơ gan, Bệnh học nội khoa, Bộ môn Nội - Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Nhà xuất bản Y học, Hồ Chí Minh.
3. **Nguyễn Thị Bạch Huệ (2008)**, "Điều trị xơ gan và biến chứng", Bệnh học nội khoa.
4. **Đỗ Hồng Hạnh và các cộng sự (2022)**, "Thực trạng chăm sóc cho bệnh nhân xơ gan tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2021", TẠP CHÍ Y DƯỢC LÂM SANG 108. Tập 17 - Số 2/2022.
5. **Nguyễn Thanh Liêm và Hà Xuân Mai (2013)**, "Khảo sát thực hành dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân xơ gan tại khoa nội tiêu hóa Bệnh viện ĐK Trung ương Cần thơ", Y học thực hành. 12/2013.
6. **Ali A Mokdad và các cộng sự (2014)**, "Liver cirrhosis mortality in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis", BMC Medicine 12:145.

## ĐÁNH GIÁ GIÁ TRỊ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ KHỚP VAI CÓ BƠM ĐỐI QUANG NỘI KHỚP TRONG CHẨN ĐOÁN TỔN THƯƠNG SỤN VIÊN Ổ CHẢO THỂ BANKART

Hoàng Đình Âu<sup>1</sup>, Đặng Thị Bích Nguyệt<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá giá trị của chụp cộng hưởng từ (CHT) khớp vai có bơm đối quang nội khớp (ĐQNK) trong chẩn đoán tổn thương sụn viền ổ chảo thể Bankart (tổn thương Bankart). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Các bệnh nhân có tổn thương khớp vai được chỉ định chụp CHT khớp vai có

ĐQNK được đưa vào nghiên cứu. Tổn thương Bankart được chẩn đoán trên CHT sẽ đối chiếu với kết quả phẫu thuật nhằm đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị chẩn đoán của phương pháp này. **Kết quả:** Có 50 bệnh nhân được chụp CHT khớp vai có ĐQNK và được phẫu thuật tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2016 đến tháng 9/2022. Trong số này, có 20 bệnh nhân có tổn thương Bankart được chẩn đoán và được phẫu thuật sau đó. Độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị chẩn đoán đúng tổn thương Bankart trên cộng hưởng từ có bơm đối quang nội khớp lần lượt là 100%, 96,8% và 98%. **Kết luận:** CHT có ĐQNK là phương pháp có giá trị chẩn đoán cao đối với tổn thương Bankart.

**Từ khóa:** Tổn thương sụn viền ổ chảo, tổn thương

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2023

Ngày duyệt bài: 28.3.2023

Bankart, cộng hưởng từ có bơm đối quang nội khớp.

**SUMMARY**

**EVALUATION OF THE VALUE OF SHOULDER MR- ARTHROGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF BANKART LESION**

**Purposes:** To evaluate the value of MR-arthrography in the diagnosis of the Bankart type of glenoid labrum lesion (Bankart lesion). **Materials and Methods:** The patients who diagnosed the shoulder lesion, underwent the shoulder MR- arthrography and surgery were included in this study. Then, the Bankart lesion that diagnosed on MR- arthrography was compared to the surgery to evaluate the sensibility, specificity and accurate diagnosis of this method. **Results:** From 1/2016 to 9/2022, fifty patients who underwent the shoulder MR- arthrography and surgery at Hanoi Medical University Hospital. Among them, twenty patients were diagnosed the Bankart lesion in shoulder MR- arthrography. The sensibility, specificity and accurate diagnosis of MR- arthrography to diagnose the Bankart lesion when compared to the surgery were 100%, 96.8% and 98%, respectively. **Conclusion:** Shoulder MR- arthrography was the high value method to diagnose the Bankart lesion.

**Keywords:** Glenoid labrum lesion, Bankart lesion, MR arthrography.

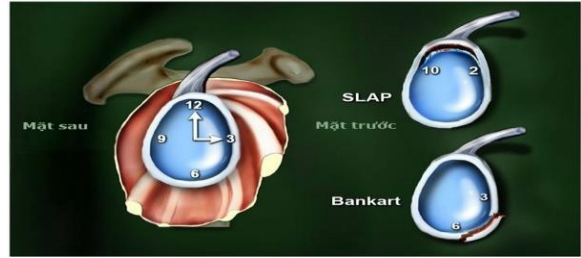
**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Sụn viền là một cấu trúc dính với sụn khớp ổ chảo xương vai bằng vùng sụn sợi, là phần tiếp khớp với chỏm xương cánh tay. Sụn viền vừa là nơi các dây chằng bao khớp neo bám vào ổ chảo, vừa có tác dụng làm sâu thêm ổ chảo vì vậy làm tăng diện tích tiếp xúc giữa chỏm xương cánh tay và ổ chảo [1].

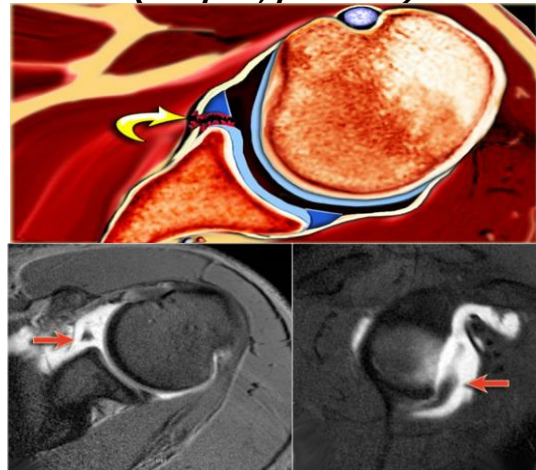
Tổn thương sụn viền ổ chảo xương vai thể Bankart (gọi tắt là tổn thương Bankart) là tổn thương sụn viền từ vị trí 3 giờ đến 6 giờ [2] (hình 1). Do khi rách sụn viền, ổ chảo xương vai trở nên nông hơn so với bình thường, dẫn tới trật khớp vai tái diễn nhiều lần. Tổn thương Bankart được coi là tổn thương cơ bản và thường gặp nhất trong bệnh lý trật khớp vai ra trước tái diễn [3].

CHT khớp vai có ĐQNK có ưu điểm vượt trội hơn so với CHT thường quy trong khảo sát các tổn thương sụn viền ổ chảo (hình 2) [5]. Do khớp vai sau khi bơm thuốc đối quang sẽ căng ra làm tách bao khớp, dây chằng ra khỏi các cấu trúc khác, bộc lộ chỗ rách. Hơn nữa, thuốc đối quang từ pha loãng sẽ xâm nhập sâu vào chỗ rách do độ nhớt thấp hơn dịch khớp, làm tăng độ nhạy phát hiện chỗ rách. Vì vậy, phương pháp chẩn đoán này rất có giá trị chẩn đoán tổn thương sụn viền với tỷ lệ độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng khoảng 95% và 100% theo các báo cáo khác nhau [4-7]. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá giá trị của CHT có ĐQNK

trong chẩn đoán tổn thương Bankart.



**Hình 1: Sơ đồ minh họa sụn viền ổ chảo xương vai (bên trái) và tổn thương Bankart (bên phải, phía dưới)**



**Hình 2: Sơ đồ minh họa tổn thương Bankart (bên trái) và hình ảnh CHT có ĐQNK (bên phải)**

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Đối tượng nghiên cứu:** Bao gồm các bệnh nhân được chụp CHT khớp vai có ĐQNK (chỉ định CHT lần đầu hoặc đã chụp CHT thường quy nhưng chưa rõ tổn thương) và được phẫu thuật. Sau đó, các bệnh nhân có tổn thương Bankart sẽ được phân tích hình ảnh CHT có ĐQNK và đối chiếu với kết quả phẫu thuật.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện tại Trung tâm chẩn đoán hình ảnh và can thiệp điện quang, bệnh viện Đại học Y Hà nội từ tháng 01/2016 đến tháng 09/2022.

**Quy trình nghiên cứu:**

- Khám lâm sàng: các bệnh nhân có tổn thương khớp vai sẽ được khám lâm sàng bởi bác sỹ chuyên khoa chấn thương- chỉnh hình của bệnh viện. Các dữ liệu như tuổi, giới, bên khớp vai, nguyên nhân tổn thương (do chấn thương/không chấn thương) được khai thác và lưu vào mẫu bệnh án nghiên cứu.

- Đối quang từ nội khớp: chúng tôi thực hiện

bơm đối quang từ nội khớp vai dưới hướng dẫn siêu âm. So với bơm dưới hướng dẫn của Xquang tăng sáng hoặc máy chụp mạch số hóa (DSA), bơm đối quang nội khớp vai dưới hướng dẫn siêu âm dễ thực hiện và an toàn cho bệnh nhân hơn.

Quy trình bơm đối quang nội khớp được thực hiện tại phòng thủ thuật siêu âm vô khuẩn trên máy siêu âm Logic S10 (GE Healthcare), đầu dò phẳng có tần số từ 7-10 Mhz. Hỗn hợp dịch tiêm nội khớp bao gồm: thuốc đối quang từ (Dotarem 0.5 mmol/ml - Guerbet), Lidocain 5%, nước muối sinh lý NaCl 9‰ theo tỷ lệ là 0,1/10/10 (ml). Thể tích tối đa của ổ khớp vai khoảng 15ml [7], do đó chúng tôi tiêm vào ổ khớp khoảng 13ml để hình ảnh các cấu trúc giải phẫu được phân biệt rõ trên CHT.

- Chụp CHT khớp vai: sau khi bơm đối quang khớp vai, bệnh nhân được chụp CHT bằng các chuỗi xung T1W xóa mỡ cắt ngang, đứng ngang, và đứng dọc, PD xóa mỡ đứng ngang và T1W đứng dọc. Hướng cắt ngang được đặt vuông góc với thân xương cánh tay, hướng đứng ngang song song với gân cơ trên gai và hướng đứng dọc song song với ổ chảo xương vai. Máy chụp CHT 1.5 Tesla, Essenza, Siemens Healthineer với cuộn thu tín hiệu khớp vai, bề dày lớp cắt khoảng 3.5mm, trường nhìn 130x160mm.

Tổn thương Banbart biểu hiện bằng đường tăng tín hiệu hoặc mất liên tục của bờ trước dưới sụn viền từ vị trí 3 giờ đến 6 giờ. Hình ảnh tổn thương Banbart sẽ được phân tích trên từng chuỗi xung riêng rẽ sau đó tổng hợp vào phiếu kết quả.

- Đối chiếu hình ảnh CHT khớp vai có ĐQNK với phẫu thuật: Kết quả phẫu thuật lưu trong hồ sơ bệnh án sẽ được dùng làm tiêu chuẩn vàng để đối chiếu với hình ảnh CHT có ĐQNK nhằm tính độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị chẩn đoán của phương pháp này.

- Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Thống kê mô tả được biểu diễn dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất, tỷ lệ %. So sánh sự khác biệt về giá trị trung bình của các biến số, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ . Tính độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị chẩn đoán của CHT có ĐQNK với tiêu chuẩn vàng là phẫu thuật.

- Khía cạnh đạo đức: Tất cả các bệnh nhân đều đồng ý tham gia nghiên cứu bằng văn bản. Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng khoa học bệnh viện

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

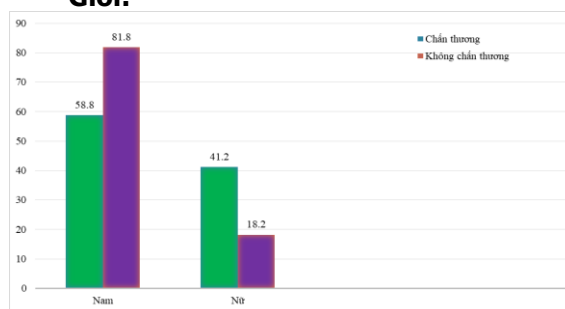
Từ tháng 01/2006 đến tháng 9/2022, chúng

tôi có 50 BN tổn thương khớp vai được khám lâm sàng, chụp CHT khớp vai có ĐQNK, được phẫu thuật tại bệnh viện Đại học Y Hà nội trong đó có 33 BN chấn thương (chiếm 66%) và 17 BN không do chấn thương (chiếm 34%)

#### 3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu:

- **Tuổi:** Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là  $41.1 \pm 16.8$  tuổi, cao nhất là 15 tuổi, thấp nhất là 68 tuổi. Độ tuổi hay gặp nhất trong nhóm chấn thương là từ 20 - 29 tuổi (chiếm 54.6%) và trong nhóm không do chấn thương là  $\geq 40$  tuổi (chiếm 88.2%).

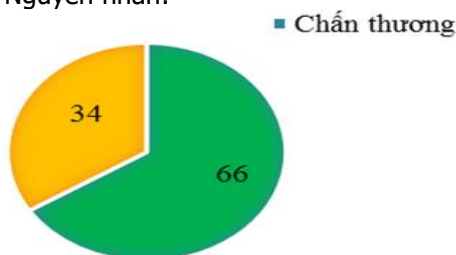
#### - Giới:



**Biểu đồ 1: Phân bố theo giới tổn thương khớp vai trong nhóm đối tượng nghiên cứu**

**Nhận xét:** Trong nhóm chấn thương, tỷ lệ nam cao hơn nữ có thể do nam giới hoạt động thể lực nhiều hơn nữ giới, và trong các hoạt động thể lực của mình, cường độ hoạt động của nam giới cũng lớn hơn nữ giới. Trong nhóm không chấn thương, tỷ lệ nam và nữ gần tương đương nhau, lần lượt là 58.8% và 41.2%.

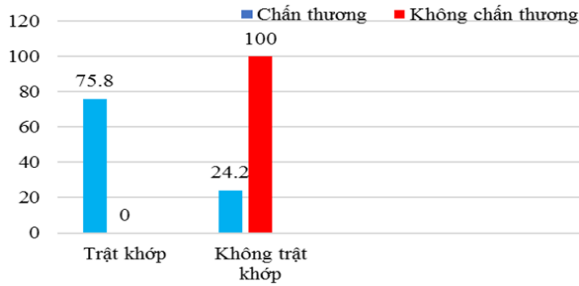
#### - Nguyên nhân:



**Biểu đồ 2: Phân bố nguyên nhân tổn thương khớp vai trong nhóm đối tượng nghiên cứu**

**Nhận xét:** Tổn thương khớp vai do nguyên nhân chấn thương chiếm tỷ lệ cao hơn (66%) so với nhóm nguyên nhân không do chấn thương (34%). Trong nhóm chấn thương, nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả trật khớp vai và không trật vai. Nhóm không chấn thương là những bệnh nhân đến khám do đau vai tự nhiên thường do thoái hóa.

#### - Tỷ lệ trật khớp vai ra trước:



**Biểu đồ 3. Tỷ lệ trật khớp vai ra trước trong nhóm đối tượng nghiên cứu**

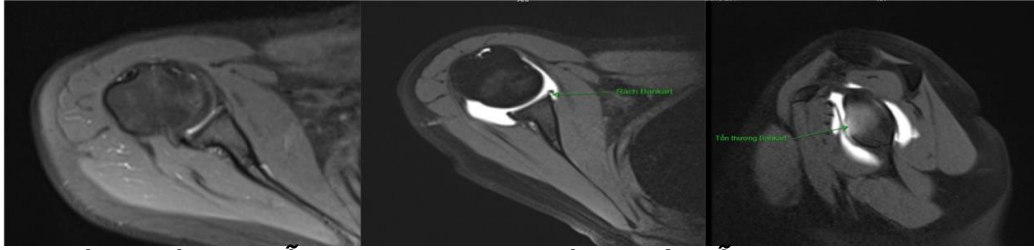
**Nhận xét:** trong nhóm chấn thương, trật khớp vai ra trước chiếm tỷ lệ cao với 75,8%, tỷ lệ không trật vai là 24,2%. Không có bệnh nhân nào bị trật khớp vai mà không do chấn thương.

**3.2. Đặc điểm tổn thương Bankart trên CHT khớp vai có ĐQNK trong nhóm đối tượng nghiên cứu:** Trong số 50 bệnh nhân thuộc nhóm đối tượng nghiên cứu nói chung, có 20 bệnh nhân được chẩn đoán tổn thương Bankart trên CHT khớp vai có ĐQNK

**Bảng 1. Tổn thương Bankart trên CHT có ĐQNK**

Hình ảnh CHT khớp vai có ĐQNK		Chấn thương		Không chấn thương		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	
Tổn thương Bankart	Có	19	57.6	1	5.9	20	40	< 0.05
	Không	14	42.4	16	94.1	30	60	
	Tổng	33	100.0	17	88.2	50	100	

**Nhận xét:** có 19 bệnh nhân tổn thương Bankart trong 33 bệnh nhân thuộc nhóm chấn thương, chiếm 57.6%. Tổn thương này có 100% trong nhóm trật khớp vai.



**Hình 3: Bệnh nhân Nguyễn Thị Phương H – Trật vai tái diễn. Mã BA 2002172584. Trên CHT có ĐQNK cắt ngang (giữa) và đứng ngang (trái) thấy rõ tổn thương Bankart nhưng trên CHT thường quy cắt ngang (phải) không thấy**

**Bảng 2. Giá trị CHT có ĐQNK trong chẩn đoán tổn thương Bankart khi đối chiếu với phẫu thuật.**

CHT có ĐQNK \ Phẫu thuật		Có	Không	Tổng	p
		Tổn thương Bankart	19	1	
	0	30	30		
Tổng	19	31	50		

**Nhận xét:** Đối chiếu với phẫu thuật, CHT có ĐQNK có độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị chẩn đoán đúng lần lượt là 100%, 96.8% và 98%.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu:** Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 41.2 ±16.8, tuổi nhỏ nhất là 15, cao tuổi nhất là 68. Nhóm tuổi hay gặp nhất là ≥ 40 tuổi (chiếm tỷ lệ 46%). Kết quả này phù hợp với kết quả của Phan Châu Hà về nhóm tuổi nghiên cứu [8]. Độ tuổi trung bình của nhóm chấn thương là 33.4 ±14, thấp hơn độ tuổi trung bình của nhóm không chấn thương là 56±10.5 do nhóm chấn

thương bao gồm cả trật khớp vai nên thường gặp ở đối tượng trẻ. Ngược lại, nhóm không chấn thương thường là đau vai do thoái hóa nên độ tuổi sẽ cao hơn.

Về giới, biểu đồ 1 cho thấy nhóm chấn thương có tỷ lệ nam (81.8%) cao hơn nhiều so với nữ (18.2%) với p<0.05. Kết quả này phù hợp với kết quả của S. Waldt [2]. Tỷ lệ nam/nữ này có thể do nam giới hoạt động thể lực nhiều hơn, với cường độ mạnh hơn nữ giới.

Nguyên nhân gây tổn thương khớp vai thường do chấn thương (66%) hơn là không chấn thương (34%) (biểu đồ 2). Chấn thương khớp vai có thể gây trật khớp vai hoặc không, thường gặp khi chơi thể thao, tai nạn lao động hoặc giao thông.

Trật khớp vai ra trước chiếm tỷ lệ 75.8% trong nhóm chấn thương. Tỷ lệ không trật khớp vai là 24.2%. 100% bệnh nhân trật khớp vai là do chấn thương.

**4.2. Tổn thương Bankart trên CHT có ĐQNK:** Tổn thương Bankart được coi là tổn

thương cơ bản và thường gặp nhất trong bệnh lý trật khớp vai tái diễn [2]. Bảng 1 cho thấy, trên CHT khớp vai có ĐQNK, có 19 bệnh nhân tổn thương Bankart chiếm tỷ lệ 57.6% trong số 33 bệnh nhân thuộc nhóm chấn thương và chiếm 40% trong tổng số 50 nhóm đối tượng nghiên cứu. Hình ảnh này hiện diện trong nhóm bệnh nhân trật khớp vai là 100%, có 01 bệnh nhân trong nhóm không trật khớp vai nhưng có tổn thương Bankart trong bệnh cảnh chấn thương nặng khớp vai có rách toàn bộ sụn viền trước và rách chóp xoay kèm theo. Trong nghiên cứu các bệnh nhân trật khớp vai tái diễn của Hồ Ngọc Tú và Phạm Ngọc Hoa [8], có 62% tổn thương Bankart trong đó có cả tổn thương ALPSA (là biến thể của tổn thương Bankart). Nghiên cứu của tác giả Phan Châu Hà [9], có 6 trường hợp tổn thương Bankart trong 13 bệnh nhân trật khớp vai ra trước, chiếm tỷ lệ 53,8. Theo nghiên cứu của Scott E. Sheehan, tổn thương Bankart chiếm 85% trong số bệnh nhân trật khớp vai ra trước [10].

Đối chiếu với kết quả phẫu thuật (bảng 2), số bệnh nhân được chẩn đoán đúng tổn thương Bankart trên CHT khớp vai có ĐQNK là 49/50 bệnh nhân. Độ nhạy và độ đặc hiệu của CHT khớp vai có ĐQNK đối với chẩn đoán tổn thương Bankart lần lượt là 100% và 96.8%. Có 19 bệnh nhân kết quả phẫu thuật có tổn thương Bankart đều được chẩn đoán trên CHT khớp vai có ĐQNK trước phẫu thuật. Có 01 bệnh nhân được chẩn đoán có tổn thương Bankart trên CHT có ĐQNK nhưng không thấy tổn thương khi phẫu thuật. Điều này có thể giải thích do biến thể giải phẫu mà chúng tôi đọc nhầm thành tổn thương rách sụn. Nghiên cứu của Bryan Loh và cộng sự năm 2016 [7] phát hiện được 86 trong tổng số 89 bệnh nhân có tổn thương Bankart trên CHT có ĐQNK, sau khi đối chiếu với phẫu thuật có độ nhạy là 94.4%. Theo nghiên cứu của Sherif và cộng sự năm 2013 khi so sánh hình ảnh CHT có ĐQNK với phẫu thuật nội soi ở bệnh nhân trật khớp vai ra trước thì độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị chẩn đoán đúng tổn thương Bankart lần lượt là 94.7%, 96.4% và 95.7%. Theo nghiên cứu của Phạm Ngọc Hoa và Hồ Ngọc Tú năm 2009 [8], có 12 trường hợp tổn thương Bankart được chẩn đoán đúng trên CHT có ĐQNK khi so sánh với phẫu thuật, chiếm tỷ lệ 75%. Nghiên cứu của Waldt và cộng sự năm 2005 [3] về tổn thương sụn viền có trật khớp vai ra trước có đối chiếu với phẫu thuật thì độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác của phát hiện tổn thương trước dưới trên CHT có ĐQNK lần lượt là 88%, 91% và

89%. Như vậy, kết quả về độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác ở nghiên cứu của chúng tôi cao tương đương với tác giả Bryan Loh [7]. Tác giả này còn nhận xét rằng CHT có ĐQNK gần như là tiêu chuẩn vàng để đánh giá tổn thương sụn viền phía trước dưới do có thể phát hiện được tổn thương nhỏ nhất trong ổ khớp. Một số nghiên cứu trước đó có độ nhạy và độ đặc hiệu thấp hơn có thể được giải thích do một số trường hợp có tổn thương Bankart lan rộng lên trên nên nhầm là tổn thương SLAP hoặc ngược lại do rách SLAP lan xuống dưới được chẩn đoán là tổn thương Bankart. Như vậy tính chất lan rộng của tổn thương Bankart đặc ra khó khăn khi chẩn đoán vì dễ gây nhầm lẫn với tổn thương SLAP đi kèm trong trật khớp.

## V. KẾT LUẬN

Tổn thương Bankart là loại tổn thương sụn viền ổ chảo xương vai hay gặp nhất và là nguyên nhân chủ yếu của trật khớp vai tái diễn. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy CHT có ĐQNK là phương pháp có độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị chẩn đoán rất cao trong đánh giá tổn thương Bankart.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quyền, N.Q.**, Bài giảng giải phẫu học. 2014. 28-67.
2. **Stoller, D.W.**, Magnetic Resonance Imaging in Orthopaedics and Sports Medicine, Chapter 8 The shoulder. 3rd ed. 2007: Lippincott Williams & Wilkins.
3. **Waldt, S., et al.**, Anterior shoulder instability: accuracy of MR arthrography in the classification of anteroinferior labroligamentous injuries. *Radiology*, 2005. 237(2): p. 578-83.
4. **Lill, H., et al.**, MRI arthrography--improved diagnosis of shoulder joint instability. *Unfallchirurg*, 1997. 100(3): p. 186-92.
5. **Flannigan, B., et al.**, MR arthrography of the shoulder: comparison with conventional MR imaging. *AJR Am J Roentgenol*, 1990. 155(4): p. 829-32.
6. **Chung, C.B., L. Corrente, and D. Resnick**, MR arthrography of the shoulder. *Magn Reson Imaging Clin N Am*, 2004. 12(1): p. 25-38, v-vi.
7. **Loh, B., J.B. Lim, and A.H. Tan**, Is clinical evaluation alone sufficient for the diagnosis of a Bankart lesion without the use of magnetic resonance imaging? *Ann Transl Med*, 2016. 4(21): p. 419.
8. **Phạm Ngọc Hoa, H.N.T.**, Hình ảnh rách sụn viền trên cộng hưởng từ có tiêm tương phản nội khớp trong trật khớp vai tái hồi. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 2009. 13: p. 265-270.
9. **Hà, P.C.**, Báo cáo kết quả bước đầu ứng dụng kỹ thuật chụp cộng hưởng từ khớp vai với tiêm tương phản từ nội khớp. 2006.
10. **Sheehan, S.E., et al.**, Traumatic shoulder injuries: a force mechanism analysis-glenohumeral dislocation and instability. *AJR Am J Roentgenol*, 2013. 201(2): p. 378-93.