

+ Các phương pháp mổ: Mổ khâu diện vỡ đầu tụy, nối thân-đuôi tụy-ruột cho kết quả tốt 11/19 BN (57,9%), hoặc cắt eo thân, đuôi tụy nếu tổn thương đưng dập, phần thân, đuôi tụy còn lại ngắn (<6 cm): 3/19 BN (15,8%). Phẫu thuật nối nang giả tụy - dạ dày 3/19 BN (15,8%, mổ muộn, khi đã thành nang giả tụy). Mổ làm sạch, dẫn lưu sẽ gây rò tụy kéo dài.

+ Điều trị nội khoa: Một số trường hợp tổn thương eo tụy có thể theo dõi và điều trị nội khoa: 5/24 BN (20,8%)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Patton JH et al.** Pancreatic trauma: A simplified management guideline. J Trauma 1997; 43: 243-41.
2. **Northup WF, Simmons RL.** Pancreatic trauma: A review. Surgery 1972;71: 27-43.
3. **Jurkovich GJ, Carrico CJ.** Pancreatic trauma. Surg Clin North Am 1990; 70: 575-93.
4. **Heitsch RC.** Delineation of critical factors in the

treatment of pancreatic injuries. Surgery 1976; 80: 539-9.

5. **Karl HW.** Mortality and morbidity of pancreatic injury. Am J Surgery 1977;134: 549-54.
6. **Bracey DW.** Complete rupture of pancreas. Br J Surg 1961; 48: 575.
7. **Jordan GL.** Traumatic transection of the pancreas. South Med J, 1968; 62: 90-3.
8. **Chambon JP.** La tomodesitometrie de l'abdomen dans 8 cas de traumatisme pancreatique. Ann Chir 1990; 44: 575-80.
9. **Campell J.** The management of pancreatic and pancreaticoduodenal injuries. Br J Surg 1980; 87: 845-.
10. **Nirula.R, Velmahos GC.** Magnetic resonance cholangiopancreatography in pancreatic trauma: A new diagnostic modality? J trauma 1999; 47: 585-7.
11. **Wind P, Turet E.** Contribution of endoscopic retrograde pancreatography in management of complications following distal pancreatic trauma. Ann Surg 1999; 65: 777-83.
12. **Takehara Y.** Can MRCP replace ERCP? J magn reson imaging 1998;8:517-34.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH SIÊU ÂM VÀ GIÁ TRỊ CỦA SINH THIẾT MÀNG HOẠT DỊCH DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN NHIỄM KHUẨN KHỚP

Hoàng Đình Âu¹, Vương Thu Hà¹

AND VALUE OF GUIDED ULTRASOUND SYNOVIAL BIOPSY IN THE DIAGNOSIS OF SYNOVIAL JOIN INFECTION

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá giá trị của sinh thiết màng hoạt dịch (MHD) trong chẩn đoán nhiễm khuẩn (NK) khớp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang các bệnh nhân có chỉ định và được sinh thiết MHD dưới hướng dẫn siêu âm. Sau đó, nhóm bệnh nhân NK khớp sẽ được đối chiếu giữa kết quả sinh thiết và chẩn đoán cuối cùng nhằm xác định độ nhạy, độ đặc hiệu của phương pháp này. **Kết quả:** Từ tháng 09/2020 đến tháng 10/2022, có 43 bệnh nhân có chỉ định và được sinh thiết MHD tại bệnh viện Đại học Y Hà nội. Trong số này, có 18 bệnh nhân có NK khớp (bao gồm cả NK sinh mủ và lao). Đối chiếu với chẩn đoán cuối cùng, sinh thiết MHD có giá trị chẩn đoán đúng đối với NK khớp là 94.4%. **Kết luận:** Sinh thiết MHD dưới hướng dẫn siêu âm là phương pháp có giá trị chẩn đoán cao đối với NK khớp trong trường hợp các phương pháp khác chưa rõ ràng. **Từ khóa:** Sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn siêu âm, nhiễm khuẩn khớp, màng hoạt dịch khớp.

Purposes: To evaluate the ultrasound image characteristics and the value of guided ultrasound synovial biopsy in the diagnosis of synovial joint infection. **Material and Method:** The cross sectional descriptive study on the patients who had the indication and underwent the guided ultrasound synovial biopsy. Then, the synovial joint infection was compared between the biopsy results and the final diagnosis to evaluate the accurate diagnosis of this method. **Results:** From 09/2020 to 10/2022, forty three patients who had the indication and underwent the guided ultrasound synovial biopsy at Hanoi Medical University Hospital. Among them, eighteen patient who were diagnosed synovial joint infection (bacteria and tuberculosis included) then compared between the biopsy results and the final diagnosis. The accurate of guided ultrasound synovial biopsy for the diagnosis of synovial joint infection were 94.4%. **Conclusion:** The guided ultrasound synovial biopsy had the high value for the diagnosis of synovial joint infection when the other methods could not provide the clear diagnosis.

SUMMARY

ULTRASOUND IMAGE CHARACTERISTICS

Keywords: guided ultrasound synovial biopsy, synovial joint infection, synovial joint.

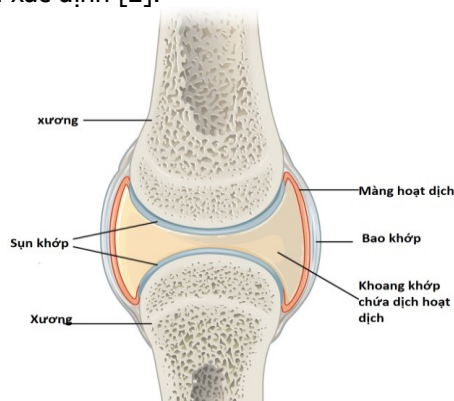
¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
 Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu
 Email: hoangdinhau@gmail.com
 Ngày nhận bài: 4.01.2023
 Ngày phản biên khoa học: 15.3.2023
 Ngày duyệt bài: 24.3.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Màng hoạt dịch (MHD) là lớp màng lót bên trong bao khớp hoạt dịch. Hầu hết các bệnh lý của khớp như nhiễm khuẩn, thoái hóa, viêm

khớp hệ thống, viêm khớp do lắng đọng tinh thể... đều có những tổn thương đặc trưng ở MHD [1].

Đối với tổn thương dạng viêm MHD, việc xác định nguyên nhân viêm do nhiễm khuẩn hay vô khuẩn là rất quan trọng. Tuy nhiên trong nhiều trường hợp, nguyên nhân viêm không xác định được nếu dựa vào các xét nghiệm cơ bản, chẩn đoán hình ảnh, chọc dịch khớp, khi đó việc phân tích mẫu bệnh phẩm MHD có thể giúp cho chẩn đoán xác định [2].



Hình 1: Giải phẫu khớp hoạt dịch

Việc sinh thiết MHD vốn được thực hiện từ lâu nhưng đa số kỹ thuật thực hiện còn quá xâm lấn (nội soi ổ khớp) hoặc không chính xác (sinh thiết mù) [3]. Việc kết hợp sử dụng siêu âm dẫn đường trong sinh thiết MHD trong những năm gần đây được áp dụng ngày càng rộng rãi, là phương pháp tốt thay thế cho sinh thiết mù hoặc sinh thiết qua nội soi ổ khớp, có thể áp dụng với rất nhiều khớp một cách đơn giản, ít xâm lấn và độ chính xác cao [4, 5].

Nghiên cứu này nhằm đánh giá giá trị của sinh thiết MHD dưới hướng dẫn siêu âm trong chẩn đoán nhiễm khuẩn khớp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm các bệnh nhân có chỉ định sinh thiết MHD do chưa xác định được nguyên nhân dày MHD khớp, được sinh thiết MHD dưới hướng dẫn siêu âm đồng thời có kết quả mô bệnh học của bệnh phẩm sinh thiết. Các mẫu bệnh phẩm không đủ để có kết quả mô bệnh học được loại khỏi nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tại Trung tâm chẩn đoán hình ảnh và can thiệp điện quang, bệnh viện Đại học Y Hà nội từ tháng 09/2020 đến tháng 10/2022.

2.3. Quy trình nghiên cứu:

- Khám lâm sàng: Các dữ liệu như tuổi, giới, dấu hiệu lâm sàng... được khai thác và lưu vào mẫu bệnh án nghiên cứu.

- Siêu âm khớp: thực hiện trên máy siêu âm Logic S10 (GE Healthcare), đầu dò phẳng có tần số từ 7-12 Mhz đối với khớp hông và đầu dò 3.5 – 5Mhz đối với khớp háng. Siêu âm phát hiện tràn dịch khớp ($\geq 4\text{mm}$ đối với khớp háng, gối, cổ chân và $\geq 2\text{mm}$ đối với khớp vai, khớp cổ tay, khớp khuỷu), dày MHD khớp ($\geq 2\text{mm}$). Mức độ tăng sinh mạch MHD trên Doppler được phân thành 3 độ, độ nhẹ tức là chỉ có 1 vài điểm mạch rải rác, độ vừa là dưới 50% diện tích MHD và độ nặng là $>50\%$ diện tích MHD tăng sinh mạch.

- Sinh thiết MHD dưới hướng dẫn siêu âm tại phòng thủ thuật siêu âm vô khuẩn. Về kỹ thuật cần chú ý ngả kim cho cùng hướng dọc theo MHD. Kim sinh thiết được dùng là kim bán tự động 18 Gauge có trocar đồng trục. Sử dụng trocar đồng trục loại 18G đưa vào đến qua bao khớp vào tới ổ khớp theo đường đi tùy theo mỗi khớp, tránh mạch máu thần kinh. Rồi sau đó tạo góc sao cho đường đi của kim sinh thiết dọc theo lớp màng hoạt dịch, giữa bao khớp và ổ khớp. Bắn 3-4 mảnh cho mẫu mô bệnh học (cố định bằng dung dịch Formaldehyde 4%), 1-2 mảnh cho mẫu PCR và 1-2 mảnh cho mẫu xét nghiệm vi sinh (cho vào khoảng 1ml nước muối sinh lý trong lọ vô khuẩn) ở các hướng khác nhau.

- Đối chiếu giữa kết quả sinh thiết và chẩn đoán cuối cùng: Kết quả mô bệnh học, PCR và vi sinh sẽ được dùng để chẩn đoán NK khớp. Giá trị của sinh thiết MHD được đối chiếu với chẩn đoán cuối cùng (là chẩn đoán lúc bệnh nhân ra viện).

- 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 \pm 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 giá trị chẩn đoán của sinh thiết MHD với tiêu chuẩn vàng là kết quả sinh thiết và chẩn đoán cuối cùng.

- 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 09/2020 đến tháng 10/2022, có 43 bệnh nhân có chỉ định và được sinh thiết MHD Trung tâm chẩn đoán hình ảnh và can thiệp Điện quang, bệnh viện Đại học Y Hà nội. Kết quả sinh thiết cho thấy có 18 bệnh nhân NK khớp

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân được sinh thiết MHD (n=43):

- Tuổi:

Bảng 1: Tuổi của nhóm bệnh nhân được sinh thiết MHD

Tuổi	N (43)	Tỷ lệ %
≤ 30	5	11,6%
31-50	10	23,3%
>50	28	65,1%
Tổng	43	100%

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần bệnh nhân lớn tuổi (nhóm >50 tuổi) chiếm tới 65,1%, tỉ lệ bệnh nhân trẻ ≤30 rất ít (11,6%).

- Giới: Nghiên cứu được thực hiện trên 18 nam (42%) và 25 nữ (58%).

- Kết quả mô bệnh học

Bảng 2: Kết quả mô bệnh học sinh thiết MHD

Kết quả mô bệnh học	Số BN	Tỷ lệ %
Viêm hạt đặc hiệu lao	6	14
Viêm mạn tính không xác định	25	58.1
Viêm mủ	5	11.6
U màng hoạt dịch	6	14
Không lấy được bệnh phẩm MHD	1	2.3
Tổng	41	100

Nhận xét: số ca lấy bệnh phẩm thành công là 42, chiếm tỷ lệ 97.7%, có 1 ca không lấy được mẫu MHD (chiếm 2.3%).

Bảng 5: Kết quả xét nghiệm bạch cầu và CRP ở nhóm bệnh nhân NK khớp

Xét nghiệm	NK sinh mủ (n=11)			Lao (n=7)		
	X± SD	Min	Max	X± SD	Min	Max
Bạch cầu (g/l)	10.95±3.4	7.84	18.61	8.64±3.52	6.5	16.4
ĐN trung tính (%)	71.72±9.6	50.2	87.3	69.96±8.1	56.9	80.2
CRP (mg/L)	3.1±2.67	0.08	8.85	4.75±6.48	0.06	18.6

Nhận xét: Số lượng bạch cầu và tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính cao ở nhóm NK sinh mủ trong khi đó CRP cao ở nhóm lao khớp.

3.2.3. Đặc điểm hình ảnh siêu âm

- Độ dày MHD

Bảng 6. Độ dày MHD trên siêu âm 2D

Siêu âm 2D	NK sinh mủ (n=11)			Lao khớp (n=7)		
	X± SD	Min	Max	X± SD	Min	Max
Độ dày MHD (mm)	6.4±2.88	3.5	11.3	9.01±6.44	5	23.2

Nhận xét: Độ dày trung bình của MHD của nhóm bệnh nhân NK sinh mủ (6.4 ± 2.88mm) lớn hơn nhóm bệnh nhân lao khớp (9.01 ± 6.44mm).

- Tính chất tăng sinh mạch trên siêu âm Doppler

- Kết quả nuôi cấy vi khuẩn và PCR lao.

Bảng 3: kết quả nuôi cấy vi khuẩn và PCR

Xét nghiệm		Số BN	Tỷ lệ (%)
Nuôi cấy vi khuẩn	Dương tính	9	20.9
	Âm tính	34	79.1
PCR	Dương tính	4	9.3
	Âm tính	39	90.7
Tổng		43	100

Nhận xét: Chỉ có số ít các trường hợp nuôi cấy vi khuẩn và xét nghiệm PCR dương tính, phần lớn các trường hợp không phân lập được vi khuẩn hoặc PCR âm tính.

3.2. Đặc điểm của nhóm bệnh nhân NK khớp (n=18)

3.2.1. Các dấu hiệu lâm sàng

Bảng 4: Các triệu chứng lâm sàng của nhóm bệnh nhân NK khớp

Các triệu chứng lâm sàng của nhóm bệnh nhân NK khớp	NK sinh mủ (n=11)	Lao khớp (n=7)
Đau khớp	11	7
Sưng khớp	11	6
Sốt	10	2

Nhận xét: Nhóm NK sinh mủ triệu chứng hay gặp nhất là đau khớp và sưng khớp, sau đó là sốt. ở nhóm nhiễm lao, triệu chứng hay gặp nhất là đau khớp, sau đó là sưng khớp, ít khi gặp sốt.

3.2.2. Các xét nghiệm cận lâm sàng:

Bảng 7. Mức độ tăng sinh mạch MHD trên siêu âm Doppler

SA Doppler	NK sinh mủ (n=11)		Lao khớp (n=7)	
	n	%	n	%
Không tăng sinh mạch	2	18.2	2	28.6
Tăng sinh mạch ít	9	81.8	4	57.1
Tăng sinh mạch vừa	0	0	1	14.3

Nhận xét: Trong nhóm NK khớp, đa phần dày MHD có mức độ tăng sinh mạch ít, sau đó đến không tăng sinh mạch. Tăng sinh mạch MHD vừa gặp rất ít ở nhóm lao khớp và không có trường hợp nào ở nhóm NK sinh mủ.

- Dạng dày MHD trên siêu âm

Bảng 8. Dạng dày MHD trên siêu âm

Dạng dày MHD	NK sinh mủ	Lao khớp
--------------	------------	----------

trên siêu âm	(n=11)		(n=7)	
	n	%	n	%
Dày lan tỏa	11	100	7	100
Dày khu trú	0	0	0	0

Nhận xét: Đối với nhóm NK khớp, toàn bộ MHD dày lan tỏa trên siêu âm, không có trường hợp nào dày khu trú.

- Tình trạng dịch ổ khớp

Bảng 9. Dịch khớp kèm theo và tính chất dịch trên siêu âm

Dịch ổ khớp trên siêu âm	NK sinh mủ (n=11)		Lao khớp (n=7)	
	n	%	n	%
Có dịch	11	100	4	57.1
Không có dịch	0	0	3	42.9
Dịch trong	5	45.5	3	75
Dịch đục/có vách	6	54.5	1	25

Nhận xét: với nhóm NK khớp, tỷ lệ dịch đục có vách chiếm 39% (7/18 bệnh nhân), chủ yếu gặp ở nhóm NK sinh mủ.

Bảng 10: Tổn thương xương và phần mềm kèm theo trên siêu âm

Tổn thương xương/phần mềm kèm theo	NK sinh mủ (n=11)		Lao khớp (n=7)	
	n	%	n	%
Ăn mòn xương	7	63.6	5	71.4
Áp xe phần mềm	5	45.5	3	27.3

Nhận xét: Tổn thương ăn mòn xương và áp xe phần mềm xung quanh rất hay gặp ở nhóm NK khớp, chủ yếu là ăn mòn xương.

3.2.4. Đối chiếu kết quả sinh thiết MHD với chẩn đoán cuối cùng

Bảng 11: Đối chiếu kết quả sinh thiết MHD với chẩn đoán cuối cùng

Kết quả sinh thiết MHD			Chẩn đoán cuối cùng
NK sinh mủ	Mô bệnh học	4	
	Cấy vi khuẩn	9	
Lao khớp	Mô bệnh học	6	Lao khớp
	PCR	4	

Nhận xét: Có 18 ca nhiễm khuẩn sinh mủ và lao khớp thì có 17/18 trường hợp kết quả sinh thiết đưa ra chẩn đoán chính xác, chiếm tỷ lệ 94.4%.

Bảng 12: Mối liên quan giữa chẩn đoán cuối cùng và hình ảnh siêu âm

Tổn thương	NK sinh mủ (n=11)	Lao (n=7)
Tràn dịch khớp	11 (100%)	4 (57,1%)
Ăn mòn xương	7 (63,6%)	5 (57,1%)
Áp xe phần mềm	5 (45,4%)	3 (42,9%)

Nhận xét: Dấu hiệu tràn dịch khớp, ăn mòn

xương, áp xe phần mềm, hay gặp ở nhóm nhiễm khuẩn khớp

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm về tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần bệnh nhân lớn tuổi (nhóm >50 tuổi), tỷ lệ bệnh nhân trẻ ≤30 rất ít. Điều này phù hợp với dịch tễ độ tuổi hay gặp của các bệnh lý khớp như thoái hóa, viêm khớp dạng thấp, nhiễm khuẩn khớp,... thường gặp ở lứa tuổi trung niên, cao tuổi.

4.1.2. Đặc điểm về giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nữ nhiều hơn nam (nam chiếm 42% và nữ 58%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0.05. Sự khác biệt tỷ lệ nam nữ không mang nhiều ý nghĩa, trong một số nghiên cứu khác tỷ lệ nam nhiều hơn nữ như trong nghiên cứu của Sitt và cộng sự nam chiếm 52% và nữ 48%.⁵

4.1.3. Kết quả mô bệnh học. Trong các trường hợp được sinh thiết mô bệnh học kết quả viêm màng hoạt dịch mạn tính không xác định là nhiều nhất chiếm tỷ lệ 58,1%. Kết quả viêm hạt đặc hiệu do lao và u màng hoạt dịch đều chiếm tỷ lệ 14%. Kết quả viêm mủ màng hoạt dịch có 5 trường hợp chiếm 11,6%. Có 1 trường hợp chỉ lấy được mô cơ vân quanh khớp mà không bám được mảnh bệnh phẩm màng hoạt dịch.

4.1.4. Kết quả cấy vi khuẩn và PCR lao. Trong các trường hợp nghiên cứu, kết quả nuôi cấy phân lập được vi khuẩn trong 9 trường hợp (chiếm 20,9%); âm tính trong 34 trường hợp (chiếm 79,1%). Kết quả PCR lao dương tính trong 4 trường hợp (chiếm 9,3%) và âm tính trong 90,7%.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm NK khớp

Về lâm sàng: Nhóm NK sinh mủ triệu chứng hay gặp nhất là đau khớp và sưng khớp (100%), sốt (90.9%). Ở nhóm nhiễm lao, triệu chứng hay gặp nhất là đau khớp (100%) và sưng khớp (85.7%), sốt gặp 2/7 trường hợp.

Cận lâm sàng: Số lượng bạch cầu và tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính cao ở nhóm NK sinh mủ trong khi đó CRP cao ở nhóm lao khớp.

4.3. Đặc điểm tổn thương MHD trên siêu âm

4.3.1. Độ dày MHD trên siêu âm. Độ dày trung bình MHD ở nhóm NK sinh mủ là 6.4±2.88 mm, và ở nhóm lao khớp là 9.01±6.44 mmm. Như vậy nhóm lao khớp có độ dày trung bình MHD trên siêu âm lớn hơn nhóm NK sinh mủ.

Tuy nhiên, siêu âm có giá trị không cao trong chẩn đoán nguyên nhân dày MHD vì có sự giống nhau giữa NK khớp và viêm khớp vô khuẩn [6].

4.3.2. Mức độ tăng sinh mạch trên siêu âm. Trong nhóm nhiễm khuẩn sinh mủ (n=11), đa số màng hoạt dịch tăng sinh mạch ít (81,8%), một số không tăng sinh mạch. Trong nhóm lao khớp (n=7) mức độ tăng sinh mạch có thể thay đổi từ không tăng sinh mạch đến tăng sinh mạch vừa, trong đó hay gặp nhất là tăng sinh mạch ít (57,1%) [7, 8].

4.3.3. Dạng dày màng hoạt dịch trên siêu âm. MHD dày lan tỏa trên siêu âm chiếm tỷ lệ 100%. Điều này cũng phù hợp với tính chất của tổn thương dạng viêm thường lan tỏa.

4.3.4. Các dấu hiệu kèm theo trên siêu âm. Trong nhóm NK sinh mủ, 100% bệnh nhân có tràn dịch khớp và 54.5 % dịch đục có vách. Đối với nhóm lao khớp, chỉ có 57.1% bệnh nhân có dịch ổ khớp trong số đó dịch đục có vách chỉ chiếm 25%. Như vậy, đối với nhóm NK khớp nói chung, tỷ lệ dịch đục có vách chiếm 39% (7/18 bệnh nhân). Dịch khớp không phải là 1 dấu hiệu có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán viêm MHD. Riêng trong nhóm nhiễm khuẩn, đa số có tràn dịch khớp, điều này cũng phù hợp nghiên cứu của tác giả Zawin ở 96 trường hợp viêm khớp háng trẻ em nghi ngờ NK, ông thấy trong 40 ca không tràn dịch khớp thì cả 40 ca đều không có NK khớp háng. Dấu hiệu không có tràn dịch khớp là 1 dấu hiệu khá tốt để loại trừ NK [7]. Tuy nhiên, ở chiều ngược lại, theo nghiên cứu của Graif và cs thì có khoảng 21% NK khớp không có tràn dịch khớp kèm theo. Điều này có thể do ở các khớp quá nhỏ tràn dịch khớp có thể khó quan sát được [10]. Theo nghiên cứu của Zawin dịch đục/ có vách trên siêu âm là 1 dấu hiệu rất gợi ý NK. Điều này cũng phù hợp nghiên cứu của Zawin [9].

Tổn thương ăn mòn xương hay gặp nhất ở NK sinh mủ (chiếm 63.6%) và lao khớp (chiếm 71.4%). Áp xe phần mềm xung quanh khớp là dấu hiệu thường thấy ở các trường hợp NK khớp (NK sinh mủ và lao khớp có tỷ lệ lần lượt là 45.5% và 27.3%). Theo Jaganathan, ăn mòn xương có thể gặp trong rất nhiều bệnh lý khớp như nhiễm khuẩn, VKDT, các loại u... Áp xe phần mềm quanh khớp là dấu hiệu của nhiễm khuẩn đang tiến triển (do vi khuẩn sinh mủ hoặc lao) [1].

4.4. Tỷ lệ phù hợp giữa kết quả sinh thiết MHD với chẩn đoán cuối cùng. Trong các trường hợp có chẩn đoán xác định cuối cùng là nhiễm khuẩn khớp (n=11), tỷ lệ cấy vi khuẩn dương tính từ mẫu MHD là 9 ca (chiếm 81,8%)

tương tự nghiên cứu của Sitt và cộng sự, giá trị chẩn đoán đúng, độ nhạy, độ đặc hiệu trong chẩn đoán nhiễm khuẩn khớp của sinh thiết MHD đều là 100% [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi 9 ca cấy vi khuẩn dương tính (6 ca tụ cầu vàng, 2 ca trực khuẩn mủ xanh, 1 ca nhiễm khuẩn liên cầu *Streptococcus viridans*) như vậy loại vi khuẩn hay gây nhiễm khuẩn khớp nhất là tụ cầu vàng, tương tự nghiên cứu của Sitt và cộng sự, 7/18 ca cấy vi khuẩn dương tính là tụ cầu vàng [5].

Trong các trường hợp có chẩn đoán xác định cuối cùng là lao (7 ca), có 6 ca mô bệnh học đặc hiệu lao và 4 ca PCR lao dương tính.

4.4. Mối liên quan giữa chẩn đoán cuối cùng với hình ảnh siêu âm. Trên siêu âm, các dấu hiệu tràn dịch ổ khớp, ăn mòn xương, áp xe phần mềm hay gặp ở nhóm có nhiễm khuẩn (do lao hoặc vi khuẩn sinh mủ). Điều này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Graif và cộng sự [10] là ăn mòn xương gặp ở nhóm nhiễm khuẩn khớp nhiều hơn so với nhóm viêm khớp vô khuẩn (79% so với 38%) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Hong và cs thấy rằng ăn mòn xương hay gặp trong lao hơn là nhiễm khuẩn sinh mủ (83% so với 46%)

V. KẾT LUẬN

Nhiễm khuẩn khớp (do vi khuẩn sinh mủ hoặc lao khớp) là loại tổn thương khớp khá thường gặp. Trong các trường hợp chẩn đoán nhiễm khuẩn khớp chưa rõ khi dựa vào lâm sàng, cận lâm sàng, chọc dịch khớp.. thì sinh thiết MHD là phương pháp có giá trị chẩn đoán cao đối với NK khớp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jaganathan S, Goyal A, Gadodia A, Rastogi S, Mittal R, Gamanagatti S.** Spectrum of synovial pathologies: a pictorial assay. *Current Problems in Diagnostic Radiology*. 2012;41(1):30-42.
2. **Gerlag DM, Tak PP.** How useful are synovial biopsies for the diagnosis of rheumatic diseases? *Nat Rev Rheumatol*. 2007;3(5):248-249. doi:10.1038/ncprheum0485.
3. **Parker RH, Pearson CM.** A simplified synovial biopsy needle. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*. 1963;6(2):172-176.
4. **Kelly S, Humby F, Filer A, et al.** Ultrasound-guided synovial biopsy: a safe, well-tolerated and reliable technique for obtaining high-quality synovial tissue from both large and small joints in early arthritis patients. *Annals of the rheumatic diseases*. 2015;74(3):611-617.
5. **Sitt J, Griffith JF, Lai FM, et al.** Ultrasound-guided synovial Tru-cut biopsy: indications, technique, and outcome in 111 cases. *European radiology*. 2017;27(5):2002-2010.

6. **Griffith JF.** Diagnostic Ultrasound: Musculoskeletal e-Book. Elsevier Health Sciences; 2019.
7. **Walther M, Harms H, Krenn V, Radke S, Faehndrich TP, Gohlke F.** Correlation of power Doppler sonography with vascularity of the synovial tissue of the knee joint in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology.* 2001;44(2):331-338.
8. **Labanauskaitė G, Sarauskas V.** Correlation of power Doppler sonography with vascularity of the synovial tissue. *Medicina (Kaunas, Lithuania).* 2003;39(5):480-483.
9. **Zawin JK, Hoffer FA, Rand FF, Teele RL.** Joint effusion in children with an irritable hip: US diagnosis and aspiration. *Radiology.* 1993;187(2):459-463.
10. **Graif M, Schweitzer ME, Deely D, Matteucci T.** The septic versus nonseptic inflamed joint: MRI characteristics. *Skeletal radiology.* 1999; 28(11): 616-620.
11. **Hong SH, Kim SM, Ahn JM, Chung HW, Shin MJ, Kang HS.** Tuberculous versus pyogenic arthritis: MR imaging evaluation. *Radiology.* 2001;218(3):848-853.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CĂN NGUYÊN VI SINH GÂY NHIỄM TRÙNG TIẾT NIỆU TẠI KHOA NỘI II – BỆNH VIỆN XANH PÔN

Nguyễn Duy Hưng¹, Ngô Thị Thanh Hải¹, Trần Thu Thủy¹,
Đương Quỳnh Liên¹, Nguyễn Thị Ngọc Quỳnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu tiến hành với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, căn nguyên vi sinh và sự nhạy cảm với kháng sinh của tác nhân gây nhiễm khuẩn tiết niệu. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên bệnh nhân được chẩn đoán *nhiễm trùng tiết niệu điều trị nội trú tại khoa Nội II – Bệnh viện Xanh Pôn. **Kết quả:** Nghiên cứu bao gồm 120 bệnh nhân, nam chiếm tỷ lệ 34,4% (n=41) và nữ chiếm tỷ lệ 65,6% (n=71). Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $61,7 \pm 18,3$ (19 - 93 tuổi). Triệu chứng lâm sàng hay gặp : sốt chiếm 67,5%, tiểu buốt chiếm 70,0%, tiểu rắt chiếm 59,2%, đau trên xương mu 35,8%, đau hông lưng 25%. Tỷ lệ cấy nước tiểu (+) là 40,8%, trong đó vi khuẩn chiếm 97,7% (Gram (+) 13,6%, Gram (-) 86,4%). E.coli chiếm 80% các căn nguyên Gram (-), 64,3% có khả năng sinh ESBL. E.coli có độ nhạy cao với nhóm Carbapenem, Amikacin, Fosfomicin và Piperacilin/Tazobactam. Kháng với nhóm Quinolone từ 53,6 - 60,7%, Cotrimoxazol 66,7%, Gentamycin 39,3%, Tobramycin 42,8%. E.coli ESBL (+) kháng rất cao với nhóm Cephalosporin, đặc biệt là Cefuroxime, Ceftriaxon và Cefotaxim (100%), trong khi nhóm ESBL (-) kháng rất thấp với Cephalosporin. **Kết luận:** E.coli dẫn đầu các căn nguyên gây nhiễm trùng tiết niệu với tỷ lệ kháng kháng sinh cao đặc biệt ở các chủng có khả năng sinh ESBL.

Từ khóa: E.coli, nhiễm trùng tiết niệu, ESBL.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL AND

¹Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Hưng

Email: nguyenduyhungmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.3.2023

Ngày duyệt bài: 27.3.2023

MICROBIOLOGICAL CAUSE URINARY TRACT INFECTIONS AT NOI II DEPARTMENT - SAINT PAUL HOSPITAL

Background: The aim of this study was to describe clinical, paraclinical, microbiological causes urinary tract infections and antibiotic sensitivity of them. **Patients and methods:** Retrospective, descriptive study on patients diagnosed with urinary tract infections inpatient treatment at Noi II Department - Saint Paul Hospital. **Results:** The study was included 120 patients, the male proportion was 34,4% (n=41) and the female was 65,6% (n=79). The average age of patients was $61,7 \pm 18,3$ from 19 to 93 years old. Common clinical symptoms: fever 67.5%, dysuria 70.0%, urgency 59.2%, suprapubic pain 35.8%, costovertebral angle pain 25%. The rate of positive urine culture was 40.8%, of which bacteria accounted for 97.7% (Gram (+) 13.6%, Gram (-) 86.4%). E.coli accounts for 80% of Gram (-) pathogens, 64.3% has the ability to produce ESBL. E.coli has high sensitivity to Carbapenem, Amikacin, Fosfomicin and Piperacilin/Tazobactam. Resistance to Quinolone from 53.6 to 60.7%, Cotrimoxazol 66.7%, Gentamycin 39.3%, Tobramycin 42.8%. E.coli ESBL (+) is very resistant to Cephalosporin group, especially Cefuroxime, Ceftriaxon and Cefotaxime (100%), while ESBL (-) has very low resistance to Cephalosporin. **Conclusions:** E.coli leads the cause of urinary tract infections with a high rate of antibiotic resistance, especially in strains capable of producing ESBL.

Keywords: E.coli, Urinary tract infections, ESBL.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu (NKTN) là một bệnh khá phổ biến xảy ra ở cả nam và nữ, mọi lứa tuổi, diễn biến phức tạp, căn nguyên rất đa dạng trong đó tác nhân chính là các vi khuẩn Gram âm.¹ Hiện nay, thế giới đang phải đối phó