

tăng chi phí điều trị là không tránh khỏi.

## V. KẾT LUẬN

Điều trị bệnh lý sỏi túi mật kèm sỏi ống mật chủ bằng ERCP lấy sỏi kết hợp cắt túi mật nội soi là một biện pháp cho kết quả tốt. Đặc biệt khi cắt túi mật nội soi và ERCP lấy sỏi được thực hiện trong cùng một thời điểm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Housset C.** Gallstone disease, towards a better understanding and clinical practice. *Curr Opin Gastroenterol.* 2018;34(2):57-58. doi:10.1097/MOG.0000000000000425.
2. **Mayumi T, Okamoto K, Takada T, et al.** Tokyo Guidelines 2018: management bundles for acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepato-Biliary-Pancreat Sci.* 2018;25(1):96-100. doi:10.1002/jhbp.519.
3. **Boni L, Huo B, Alberici L, et al.** EAES rapid guideline: updated systematic review, network meta-analysis, CINeMA and GRADE assessment, and evidence-informed European recommendations on the management of common bile duct stones. *Surg Endosc.* 2022; 36(11):7863-7876. doi:10.1007/s00464-022-09662-4.
4. **Hosseini S, Ayoub A, Rezaianzadeh A, et al.** A survey on concomitant common bile duct stone and symptomatic gallstone and clinical values in Shiraz, Southern Iran. *Adv Biomed Res.* 2016; 5(1):147. doi:10.4103/2277-9175.187402.
5. **Ghazal AH, Sorour MA, El-Riwini M, El-Bahrawy H.** Single-step treatment of gall bladder and bile duct stones: A combined endoscopic-laparoscopic technique. *Int J Surg.* 2009; 7(4):338-346. doi:10.1016/j.ijssu.2009.05.005.
6. **Jayaraj M, Mohan BP, Dhindsa BS, et al.** Periapillary Diverticula and ERCP Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Dig Dis Sci.* 2019; 64(5):1364-1376. doi:10.1007/s10620-018-5314-y.
7. **Friis C, Rothman JP, Burcharth J, Rosenberg J.** Optimal Timing for Laparoscopic Cholecystectomy After Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: A Systematic Review. *Scand J Surg.* 2018;107(2):99-106. doi:10.1177/1457496917748224.
8. **Lee SJ, Choi IS, Moon JI, Choi YW, Ryu KH.** Comparison of one-stage laparoscopic common bile duct exploration plus cholecystectomy and two-stage endoscopic sphincterotomy plus laparoscopic cholecystectomy for concomitant gallbladder and common bile duct stones in patients over 80 years old. *J Minim Invasive Surg.* 2022;25(1):11-17. doi:10.7602/jmis.2022.25.1.11

# KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CỦA SINH THIẾT MÀNG HOẠT DỊCH DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN MỘT SỐ BỆNH LÝ KHỚP HÁNG

Hoàng Đình Âu<sup>1</sup>, Vương Thu Hà<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả bước đầu của sinh thiết màng hoạt dịch (MHD) dưới hướng dẫn siêu âm trong chẩn đoán một số bệnh lý khớp háng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang các bệnh nhân có chỉ định và được sinh thiết MHD khớp háng dưới hướng dẫn siêu âm. Mẫu bệnh phẩm sinh thiết sẽ được đánh giá về mô bệnh học, cấy vi khuẩn và xét nghiệm PCR lao. **Kết quả:** Từ tháng 09/2020 đến tháng 10/2022, có 17 bệnh nhân có chỉ định và được sinh thiết MHD khớp háng dưới hướng dẫn siêu âm tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Có 1 trường hợp không lấy được bệnh phẩm. Số còn lại có 1 bệnh nhân u MHD, 3 bệnh nhân NK sinh mủ, 2 bệnh nhân lao khớp và 10 bệnh nhân viêm MHD không do nhiễm khuẩn. Không có biến chứng xảy ra trong hoặc sau khi sinh thiết. **Kết luận:** Sinh thiết MHD khớp háng dưới hướng dẫn siêu âm là phương pháp tương đối dễ thực hiện, an toàn, có hiệu

quả chẩn đoán cao trong trường hợp các phương pháp khác chẩn đoán chưa rõ ràng. **Từ khóa:** Sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn siêu âm, sinh thiết khớp háng, màng hoạt dịch khớp.

## SUMMARY

### INITIAL RESULTS OF ULTRASOUND-GUIDED SYNOVIAL BIOPSY IN THE DIAGNOSIS OF SEVERAL COXO-FEMORAL JOINT DISEASES

**Purposes:** To evaluate the initial results of ultrasound - guided synovial biopsy in the diagnosis of several coxofemoral joint diseases. **Material and Method:** The cross sectional descriptive study on the patients who had the indication and underwent the coxo-femoral joint ultrasound guided synovial biopsy. The biopsy samples were analyzed in the pathology, bacterial culture and tuberculosis PCR. **Results:** From 09/2020 to 10/2022, seventeen patients who had the indication and underwent the coxo-femoral ultrasound guided synovial biopsy at Hanoi Medical University Hospital. Among them, one patient was failed to get biopsy sample, three patients suffered a bacterial infection, two patients had a tuberculosis and 10 patients had non-bacterial inflammation. There was no important complication and/or hemorrhage in/after synovial biopsy procedure. **Conclusion:** The coxo-

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

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 12.4.2023

Ngày duyệt bài: 24.4.2023

femoral ultrasound-guided synovial biopsy was a safe, relatively simple and high effective method for the diagnosis of several coxo-femoral joint diseases when the other methods could not provide the clear diagnosis.

**Keywords:** ultrasound-guided synovial biopsy, coxofemoral joint biopsy, synovial joint

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khớp háng là khớp hoạt dịch lớn nhất của cơ thể. Hầu hết các bệnh lý của khớp háng 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 khớp háng [1].

Là một khớp nằm sâu và chịu một lực rất lớn khi di chuyển nên khớp háng có cấu trúc giải phẫu đặc biệt tạo nên sự vững chắc của khớp. Khi khớp háng bị tổn thương, biểu hiện lâm sàng thường là đau khi vận động khớp. Các biểu hiện lâm sàng khác như sưng tấy hoặc sờ thấy cục thừng lu mờ do vị trí khớp nằm sâu.

Chẩn đoán bệnh lý khớp háng chủ yếu dựa vào các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như Xquang khớp háng, siêu âm khớp háng, chụp cắt lớp vi tính và đặc biệt chụp cộng hưởng từ. Tuy nhiên trong nhiều trường hợp, nguyên nhân tổn thương khớp háng không xác định được nếu dựa vào lâm sàng, các xét nghiệm hóa sinh, 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 háng [1]**

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]. Do khớp háng là một

khớp nằm sâu, cấu trúc phức tạp nên việc sử dụng siêu âm dẫn đường trong sinh thiết MHD khớp háng để chẩn đoán một số bệnh lý khớp háng là rất quan trọng. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả bước đầu của sinh thiết MHD dưới hướng dẫn siêu âm trong chẩn đoán một số bệnh lý khớp háng.

## 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 khớp háng do chưa xác định được nguyên nhân tổn thương khớp háng, được sinh thiết MHD dưới hướng dẫn siêu âm đồng thời có kết quả đầy đủ kết quả của bệnh phẩm sinh thiết. Các mẫu bệnh phẩm không có đầy đủ kết quả được loại khỏi nghiên cứu.

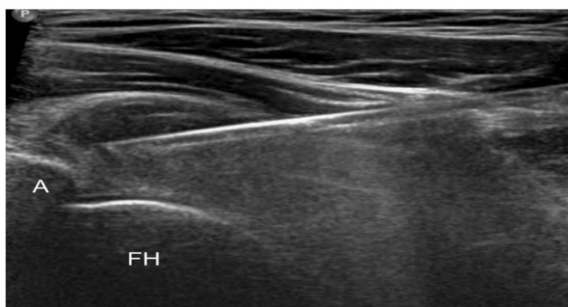
**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tại Trung tâm chẩn đoán hình ảnh và can thiệp điện quang, bệnh viện Đại học Y Hà nội từ tháng 09/2020 đến tháng 10/2022.

### 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 háng: thực hiện trên máy siêu âm Logic S7 (GE Healthcare), đầu dò convex có tần số từ 3.5 – 5Mhz. Bệnh nhân nằm ngửa, háng xoay trung gian. Dùng mặt cắt dọc phía trước song song cổ xương đùi hoặc mặt cắt phía ngoài. Đo khoảng cách lớn nhất từ xương-bao khớp ở cổ xương đùi (vuông góc bề mặt xương). Siêu âm chẩn đoán tràn dịch khớp háng khi bề dày lớp dịch  $\geq 4\text{mm}$  và chẩn đoán dày MHD khớp khi bề dày MHD  $\geq 2\text{mm}$ .

- Sinh thiết MHD khớp háng dưới hướng dẫn siêu âm tại phòng thủ thuật siêu âm vô khuẩn. Bệnh nhân nằm ngửa háng xoay trung gian hay xoay ngoài nhẹ, gối duỗi. Hướng kim từ ngoài vào trong, chọc ngay sau cơ may và hướng về phía giao giữa chỏm-cổ xương đùi. Cần chú ý ngã 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.



**Hình 2. Sinh thiết MHD khớp háng: hướng tiếp cận từ ngoài vào qua cơ may vào**

MHD vị trí giao giữa chỏm-cổ xương đùi.

- Đánh giá biến chứng sinh thiết:

+ Biến chứng sớm: Tụ máu dưới da, máu trong ổ khớp hoặc những biến chứng sớm khác như tổn thương bó thần kinh, mạch máu, ngắt do phản xạ thần kinh phế vị hay không.

+ Những biến chứng muộn được thu thập trong và sau sinh thiết bao gồm: nhiễm khuẩn vị trí chọc, nhiễm khuẩn ổ khớp, huyết khối tĩnh mạch sâu, giả phình động mạch.

- **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  $p < 0,05$ .

- 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 17 bệnh nhân có chỉ định và được sinh thiết MHD khớp háng dưới hướng dẫn siêu âm tại Trung tâm chẩn đoán hình ảnh và can thiệp Điện quang, bệnh viện Đại học Y Hà nội.

#### 3.1. Đặc điểm chung

- Tuổi: trung bình 54  $\pm$  18 tuổi, tuổi lớn nhất là 79 tuổi, thấp nhất là 21 tuổi. Độ tuổi  $>50$  chiếm 76.5%

- Giới: nữ giới chiếm nhiều hơn 58.8 %

- Các dấu hiệu lâm sàng: 100% các bệnh nhân đến khám vì lý do đau khớp. Không có bệnh nhân nào thấy sưng khớp hoặc sờ thấy cục quanh khớp. Số bệnh nhân có sốt gặp trong các trường hợp nhiễm khuẩn khớp, ít khi gặp trong lao khớp

- Đánh giá thang điểm đau (VAS) khi sinh thiết: chủ yếu mức độ đau nhẹ (VAS=2, có 05 trường hợp), có 01 trường hợp không đau VAS=0, có 03 trường hợp đau có thang điểm VAS =4.

- Số lần sinh thiết trung bình là  $7 \pm 2$  lần, nhiều nhất là 9 lần, ít nhất là 3 lần. Thời gian sinh thiết trung bình là  $16 \pm 4$  phút, lâu nhất là 25 phút, nhanh nhất 10 phút

- Biến chứng trong và sau khi sinh thiết: có 02 trường hợp chảy máu vị trí chọc và 01 trường hợp nhiễm khuẩn sau sinh thiết. Không có các trường hợp có biến chứng về nhiễm khuẩn chỗ chọc hoặc chảy máu khớp. Cũng không gặp các biến chứng về thần kinh, mạch máu

**3.2. Kết quả sinh thiết:** Có 01 bệnh nhân không lấy được mẫu bệnh phẩm MHD. Số còn lại 16 bệnh nhân có kết quả sinh thiết (bao gồm kết quả mô bệnh học, cấy vi khuẩn và PCR lao) như sau:

- Kết quả mô bệnh học

Kết quả mô bệnh học	Số BN	Tỷ lệ %
Viêm hạt đặc hiệu lao	2	11.8
Viêm không nhiễm khuẩn	10	58.8
Viêm mủ	3	17.6
U màng hoạt dịch	1	5.9
Không lấy được bệnh phẩm MHD	1	5.9
<b>Tổng</b>	<b>17</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** số ca lấy bệnh phẩm thành công là 16, chiếm tỷ lệ 94.2%, có 1 ca không lấy được mẫu MHD (chiếm 6.8%).

- Kết quả nuôi cấy vi khuẩn và PCR lao:

Xét nghiệm		Số BN	Tỷ lệ (%)
Nuôi cấy vi khuẩn	Dương tính	4	25
	Âm tính	12	75
PCR	Dương tính	1	6.25
	Âm tính	15	93.75
<b>Tổng</b>		<b>16</b>	<b>100</b>

**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.

**3.3. Đối chiếu kết quả sinh thiết với các xét nghiệm cận lâm sàng:**

	Số lượng bạch cầu (g/l)	Đa nhân trung tính (%)	CRP (mg/L)
Lao (n=2)	7.2 $\pm$ 0.98	71.04 $\pm$ 4.38	1.79 $\pm$ 2.44
NK sinh mủ (n=3)	13.84 $\pm$ 5.07	69.3 $\pm$ 18.57	3.38 $\pm$ 0.19
U (n=1)	10.8	68.4	0.09
Viêm không NK (n=10)	8.47 $\pm$ 2.34	69.79 $\pm$ 7.32	2.8 $\pm$ 3.17

**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 cả ở nhóm NK sinh mủ và viêm không nhiễm khuẩn.

### 3.4. Đối chiếu kết quả sinh thiết với siêu âm:

- Độ dày màng hoạt dịch trên siêu âm:

	NK sinh mủ (n=3)	Lao khớp (n=2)	U (n=1)	Viêm không NK (n=10)
Độ dày MHD (mm)	6.1 ±1.6	6.5 ±1.8	4	5.5 ±3.6

**Nhận xét:** Độ dày trung bình của MHD của nhóm bệnh nhân NK sinh mủ (6.1 ± 1.6 mm) tương đương nhóm bệnh nhân lao khớp (6.5 ± 1.8 mm) và cao hơn nhóm viêm không nhiễm khuẩn.

- Tổn thương phổi hợp trên siêu âm:

Tổn thương phổi hợp	Có		Không	
	n	%	n	%
Tràn dịch khớp	9	53	8	47
Ăn mòn xương	11	65	6	35
Áp xe phần mềm	6	35	11	65

**Nhận xét:** Tổn thương ăn mòn xương và tràn dịch khớp rất hay gặp ở nhóm NK khớp (chiếm >50%), tổn thương áp xe phần mềm xung quanh cũng tương đối thường gặp (chiếm 35%).

## 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 >50 tuổi (chiếm 76.5%), tỉ lệ bệnh nhân trẻ ≤30 rất ít. Điều này phù hợp với dịch tễ độ tuổi hay gặp của các bệnh lý khớp háng 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, tỉ lệ nữ nhiều hơn nam (chiếm 58.8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0.05. Sự khác biệt tỉ lệ nam nữ không mang nhiều ý nghĩa.

**4.1.3. Các dấu hiệu lâm sàng:** Tất cả các bệnh nhân đến khám vì lý do đau khớp. Số bệnh nhân có sốt gặp trong các trường hợp nhiễm khuẩn khớp, ít khi gặp trong lao khớp. Do khớp háng là một khớp nằm sâu nên không có bệnh nhân nào thấy sưng khớp hoặc sờ thấy cục quanh khớp.

**4.1.4. Đánh giá thang điểm đau (VAS) khi sinh thiết:** Chủ yếu mức độ đau nhẹ (VAS=2, có 05 trường hợp), có 01 trường hợp không đau, (VAS=0); 03 trường hợp đau mức độ trung bình (VAS =4). Vấn đề đau do sinh thiết khớp háng phụ thuộc và kỹ thuật gây tê, cũng như mức độ thành thạo của bác sỹ làm thủ thuật sinh thiết. Trong nghiên cứu này, phần lớn bệnh nhân không đau hoặc đau nhẹ (thang điểm

VAS≤ 2)

### 4.1.5. Số lần và thời gian sinh thiết

**trung bình:** Số lần sinh thiết trung bình là 7±2 lần, nhiều nhất là 9 lần, ít nhất là 3 lần. Thời gian sinh thiết trung bình là 16±4 phút, lâu nhất là 25 phút, nhanh nhất 10 phút. Do mẫu bệnh phẩm MHD cần phải làm 3 loại xét nghiệm: mô bệnh học, cấy VK và PCR lao nên tối thiểu số lần sinh thiết phải là 3 lần. Do vấn đề đặc thù của khớp háng là một khớp lớn nhất trong cơ thể, để đảm bảo mẫu bệnh phẩm sinh thiết phản ánh đúng tổn thương nên thường cần phải lấy mẫu bệnh phẩm nhiều gấp đôi số tối thiểu, tránh việc lấy mẫu sai.

### 4.1.6. Biến chứng trong và sau sinh

**thiết:** Không có các trường hợp có biến chứng về nhiễm khuẩn vị trí chọc hoặc chảy máu khớp. Cũng không gặp các biến chứng về thần kinh, mạch máu. Có 02 trường hợp chảy máu vị trí chọc và 01 trường hợp nhiễm khuẩn khớp sau sinh thiết. Trường hợp nhiễm khuẩn khớp sau sinh thiết là trên một bệnh nhân có nhiễm khuẩn khớp nặng và có áp xe phần mềm quanh khớp. Tuy nhiên kết quả chọc dịch cũng như cấy vi khuẩn cho kết quả âm tính. Kết quả mô bệnh học là nhiễm khuẩn khớp.

### 4.1.7. Kết quả sinh thiết:

**Kết quả mô bệnh học.** Trong các trường hợp được sinh thiết mô bệnh học kết quả viêm không do nhiễm khuẩn là nhiều nhất chiếm tỉ lệ 58.8%. Kết quả viêm hạt đặc hiệu do lao có 2 trường hợp và u màng hoạt dịch có 1 trường hợp. Kết quả viêm mủ màng hoạt dịch có 3 trường hợp chiếm 17.6%. Có 1 trường hợp chỉ lấy được mô cơ vân quanh khớp mà không bấm được mảnh bệnh phẩm màng hoạt dịch.

**Kết quả cấy vi khuẩn và PCR lao.** Trong các trường hợp nghiên cứu, kết quả nuôi cấy phân lập được vi khuẩn trong 4 trường hợp (chiếm 25%); âm tính trong 12 trường hợp (chiếm 75%). Kết quả PCR lao dương tính trong 1 trường hợp (chiếm 6.25%) và âm tính trong 15/16 trường hợp chiếm 93.75%.

**4.2. Đối chiếu kết quả sinh thiết với xét nghiệm cận lâm sàng:** Số lượng bạch cầu, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính cao và CRP cao ở nhóm NK sinh mủ

### 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 6.1±1.6 mm, ở nhóm lao khớp là 6.5±1.8 mmm, ở nhóm viêm không do nhiễm khuẩn là 5.5±3.6 mm. Như vậy nhóm viêm khớp không do nhiễm khuẩn có độ

dày trung bình MHD nhỏ hơn nhóm NK sinh mủ và lao khớp. Tuy nhiên, siêu âm có giá trị không cao trong chẩn đoán nguyên nhân dày MHD.

**4.3.2. Các dấu hiệu kèm theo trên siêu âm.** Số bệnh nhân có tràn dịch khớp chiếm 53%, trong đó chủ yếu là nhóm viêm khớp không do nhiễm khuẩn (7/9 bệnh nhân). Dịch khớp không phải là 1 dấu hiệu có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán viêm MHD. 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 [8]. Điều này cũng phù hợp nghiên cứu của Zawin [9].

Tổn thương ăn mòn xương gặp ở NK sinh mủ, lao khớp và cả ở viêm khớp không do nhiễm khuẩn. 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... Áp xe phần mềm quanh khớp là dấu hiệu của nhiễm khuẩn đang tiến triển (do vi khuẩn sinh mủ hoặc lao) [2].

## V. KẾT LUẬN

Khớp háng là một khớp lớn, nằm sâu và có cấu trúc phức tạp. Tổn thương khớp háng khá thường gặp trong các loại bệnh lý khác nhau và phần lớn được chẩn đoán được bằng lâm sàng, xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh. Tuy nhiên trong một số trường hợp chẩn đoán chưa rõ thì sinh thiết MHD khớp háng là phương pháp có giá trị. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá kết quả bước đầu của sinh thiết MHD khớp háng. Kết quả cho thấy tính khả thi, hầu như không gặp

biến chứng, thời gian sinh thiết phù hợp, bệnh nhân chịu đựng được và có hiệu quả chẩn đoán cao một số bệnh lý khớp háng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quyền, N.Q.**, Bài giảng giải phẫu học. 2014. 28-67.
2. **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.
3. **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.
4. **Parker RH, Pearson CM.** A simplified synovial biopsy needle. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*. 1963; 6(2):172-176.
5. **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.
6. **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.
7. **Bernd Fink, Alexander Gebhard and Peter Schäfer.** High Diagnostic Value of Synovial Biopsy in Periprosthetic Joint Infection of the Hip. *Clin Orthop Relat Res*. 2013 Mar; 471(3): 956-964.
8. **Cheng Li<sup>1</sup>, Donara Margaryan, Carsten Perka, Andrej Trampuz.** The role of biopsy in diagnosing infection after hip and knee arthroplasty: a meta-analysis. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery* <https://doi.org/10.1007/s00402-021-04323-y>
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.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN VÂY NẾN THÔNG THƯỜNG BẰNG CHIẾU TIA CỰC TÍM B DÀI HẸP (NBUVB)

Nguyễn Thị Lệ Thủy<sup>1</sup>, Lê Thị Huệ Anh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả triệu chứng lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh vảy nến thông thường thể mảng bằng tia cực tím B dài hẹp. **Đối tượng và**

**phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu 40 bệnh nhân vảy nến thông thường được điều trị bằng tia cực tím B dài hẹp tại bệnh viện da liễu trung ương từ tháng 6/2018 đến tháng 7/2019. **Kết quả:** 27 bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 67.5%, 13 bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 31,5%. Vị trí tổn thương hay gặp nhất là ở thân mình chiếm 100%, trên đầu chiếm 92,5%. Mức độ bệnh của nhóm đối tượng nghiên cứu chủ yếu ở mức độ trung bình chiếm 82.5%, tuyp da IV 77,5%. Bệnh gặp ở bất cứ ngành nghề nào. Sau 16 lần chiếu có 7.5% bệnh nhân đạt PASI 75. không có bệnh nhân nào có tác dụng phụ nghiêm trọng trong suốt quá trình chiếu tia. **Kết luận:** điều trị vảy nến thể mảng

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

<sup>2</sup>Trường Đại học Kinh Doanh và Công nghệ HN

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lệ Thủy

Email: ldkhoivu@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 12.4.2023

Ngày duyệt bài: 21.4.2023