

- Am Heart J 1933;8:787–801
- Naimo PS.** Surgical Intervention for Anomalous Origin of Left Coronary Artery From the Pulmonary Artery in Children: A Long-Term Follow-Up. *Ann Thorac Surg.*
  - Zhang C, Zhang H, Yan J, Hua Z, Song Y, Sun H, et al.** Mid-Term Outcome for Anomalous Origin of the Left Coronary Artery From the Pulmonary Artery. *Heart Lung Circ.* 2020 May; 29(5):766–71.
  - Ben Ali W, Metton O, Roubertie F, Pouard P, Sidi D, Raïsky O, et al.** Anomalous origin of the left coronary artery from the pulmonary artery: late results with special attention to the mitral valve☆. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2009 Aug;36(2):244–9.
  - Hu R, Zhang W, Yu X, Zhu H, Zhang H, Liu J.** Midterm Surgical Outcomes for ALCAPA Repair in Infants and Children. *Thorac Cardiovasc Surg.*
  - Hiền NS, Tuấn TH.** Kết quả điều trị phẫu thuật bất thường động mạch vành trái xuất phát từ động mạch phổi tại Bệnh viện Tim Hà Nội.

## ĐÁNH GIÁ CÁC THỂ TỔN THƯƠNG SỤN VIỀN Ổ CHẢO BẰNG CỘNG HƯỞNG TỪ KHỚP VAI CÓ BƠM ĐỐI QUANG NỘI KHỚP CÓ ĐỐI CHIẾU VỚI PHẪU THUẬT NỘI SOI KHỚP VAI

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

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá các thể tổn thương sụn viền ổ chảo bằng cộng hưởng từ (CHT) khớp vai có bơm đối quang nội khớp (ĐQNK). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Các bệnh nhân tổn thương khớp vai trên lâm sàng, được chụp CHT khớp vai có bơm ĐQNK và được phẫu thuật nội soi khớp vai sẽ được đưa vào nghiên cứu. Tổn thương sụn viền ổ chảo được chẩn đoán trên CHT có bơm ĐQNK sẽ được 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 tổn thương khớp vai được chụp CHT khớp vai có bơm 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 sụn viền thể Bankart, chiếm 40%. Có 11 bệnh nhân có tổn thương phức hợp sụn viền bờ trên ổ chảo (SLAP) chiếm 22% và có 2 bệnh nhân có rách sụn viền sau, chiếm 4%. Đối chiếu với phẫu thuật, độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị chẩn đoán đúng của cộng hưởng từ có bơm ĐQNK lần lượt là 100%, 96,8% và 98% đối với tổn thương Bankart; lần lượt là 100%, 90,7% và 92% đối với tổn thương SLAP; lần lượt là 92%, 100% và 96% đối với rách sụn viền sau. **Kết luận:** CHT có ĐQNK là phương pháp có giá trị chẩn đoán cao các thể của tổn thương sụn viền ổ chảo khớp vai.

**Từ khóa:** Tổn thương sụn viền ổ chảo, cộng hưởng từ có bơm đối quang nội khớp, SLAP, Bankart.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF THE TYPES OF GLENOID LABRUM LESION ON SHOULDER MR-ARTHROGRAPHY: COMPARISON TO ENDOSCOPIC SHOULDER SURGERY

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

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 12.4.2023

Ngày duyệt bài: 25.4.2023

**Purposes:** To evaluate the types of glenoid labrum lesions on MR- arthrography in comparison to endoscopic shoulder surgery (ESS). **Material and Method:** The patients who diagnosed the shoulder lesion, underwent the shoulder MR- arthrography and ESS were included in this study. Then, the glenoid labrum lesion that diagnosed on MR- arthrography was compared to the ESS 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 ESS at Hanoi Medical University Hospital. Among them, twenty patients were diagnosed the Bankart lesion, account for 40%. Eleven patients had a SLAP lesion, account for 22% and two patients had the posterior labrum tears, account for 4%. Compared to the ESS, the sensibility, specificity and accurate diagnosis of MR- arthrography were 100%, 96, 8% and 98%, respectively for the diagnosis of Bankart lesion; 100%, 90,7% and 92%, respectively, for the diagnosis of SLAP lesion; 92%, 100% and 96%, respectively, for the diagnosis of posterior labrum tears; **Conclusion:** Shoulder MR- arthrography was the high value method for the diagnosis of the types of glenoid labrum lesion.

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

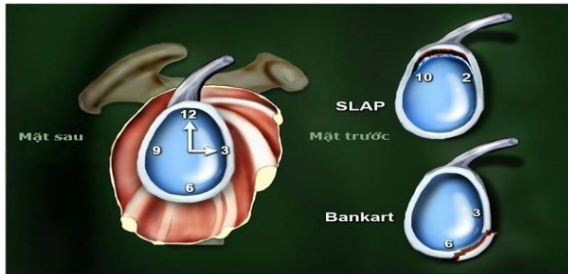
### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

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<sup>1</sup>.

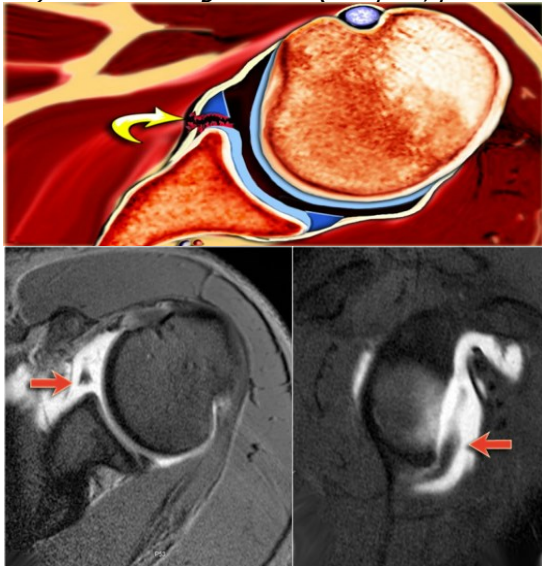
Tổn thương sụn viền ổ chảo xương vai có nhiều thể: 1) tổn thương Bankart là tổn thương sụn viền từ vị trí 3 giờ đến 6 giờ (hình 1), 2) tổn thương phức hợp bờ trên ổ chảo (SLAP: Superior Labral Anterior to Posterior) và 3) tổn thương rách sụn viền sau<sup>2</sup>. Do khi rách sụn viền, ổ chảo

trở nên nặng hơn so với bình thường, dẫn tới trật khớp vai tái diễn nhiều lần. Trong số các thể tổn thương sụn viền, tổn thương Bankart được coi là tổn thương cơ bản và thường gặp nhất trong bệnh lý trật khớp vai ra trước tái diễn<sup>3</sup>.

CHT khớp vai có bơm ĐQNK có ưu điểm vượt trội hơn so với CHT thường quy trong khảo sát các tổn thương sụn viền ổ chảo (hình 2)<sup>5</sup>. 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<sup>4,7</sup> Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá giá trị của CHT có bơm ĐQNK trong chẩn đoán các thể tổn thương sụn viền ổ chảo.



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



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

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. 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 các thể tổn thương sụn viền ổ chảo sẽ được phân tích hình ảnh CHT có bơm ĐQNK và đối chiếu với kết quả phẫu thuật.

**2.2. 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.

### 2.3. 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 bơm 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 fatsat hướng ngang, đứng ngang, và đứng dọc, PD xóa mỡ đứng ngang và T1W đứng dọc. Hướng 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 do mất liên tục của bờ trước dưới sụn viền từ vị trí 3 giờ đến 6 giờ, đánh giá tốt nhất trên T1fatsat hướng axial. Tổn thương SLAP

là đường tăng tín hiệu nằm giữa sụn viền và gờ trên ổ chảo ở vị trí từ 10h đến 12h trên chuỗi xung T1 fatsat hướng coronal hoặc axial. Tổn thương sụn viền bờ sau ổ chảo (Bankart ngược) biểu hiện bằng đường tăng tín hiệu do mất liên tục sụn viền từ vị trí 6h đến 9h trên chuỗi xung T1 fatsat hướng sagittal và axial.

- 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  $\pm$  độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất, tỷ lệ %. So sánh 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 bơm 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

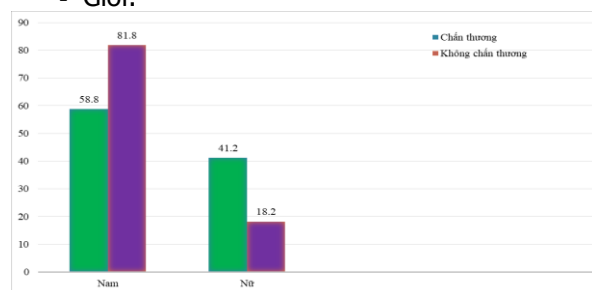
### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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%).

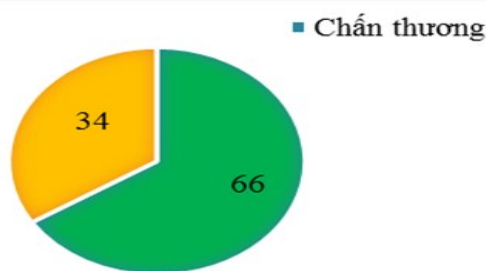
- Giới:



**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%.

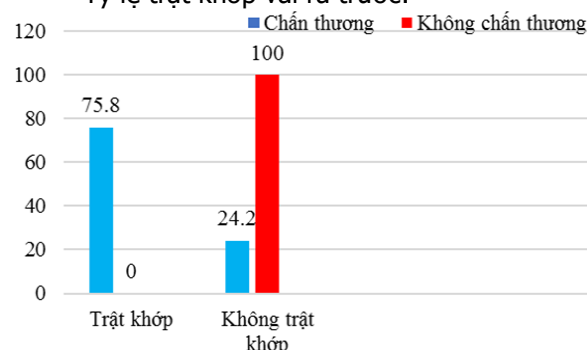
- Nguyên nhân:



**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 các thể tổn thương sụn viền ổ chảo trên CHT khớp vai có bơm ĐQNK:

Trong số 50 bệnh nhân thuộc nhóm đối tượng nghiên cứu nói chung, có 20 bệnh nhân được chẩn đoán tổn thương Bankart, 11 bệnh nhân có tổn thương SLAP và 2 bệnh nhân có rách sụn viền sau trên CHT khớp vai có bơm ĐQNK.

**Bảng 1. Các thể tổn thương sụn viền ổ chảo trên CHT có bơm ĐQNK**

Hình ảnh CHT khớp vai có ĐQNK		n = 50						p
		Chấn thương		Không chấn thương		Tổng		
		n	%	n	%	n	%	
Bankart	Có	19	57,6	1	5,9	20	40	<0,05 (Fisher's)
	Không	14	42,4	16	94,1	30	60	
SLAP	Có	8	24,2	3	17,6	11	22	> 0,05 (Fisher's)
	Không	25	75,8	14	82,4	39	78	
Rách sụn viền sau	Có	0	0,0	2	11,8	2	4	> 0,05 (Fisher's)
	Không	33	100	15	88,2	48	96	

**Nhận xét:** Trong nhóm chấn thương, tổn thương Bankart chiếm tỷ lệ cao nhất với 57,6%. Tổn thương SLAP trong nhóm chấn thương là 24,2% và trong nhóm không chấn thương là 17,6%. Tổn thương rách sụn viền sau trong nhóm không chấn thương là 11,8%.

**3.2. Giá trị chẩn đoán của CHT khớp vai có bơm ĐQNK đối với chấn đoán các thể tổn thương sụn viền:**

- Tổn thương Bankart:

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

Phẫu thuật CHT có ĐQNK		Có	Không	Tổng	p
Tổn thương Bankart	Có	19	1	20	<0.01
	Không	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 đối với tổn thương Bankart lần lượt là 100%, 96,8% và 98%.

- Tổn thương SLAP:

**Bảng 3. Giá trị CHT có ĐQNK trong chẩn đoán tổn thương SLAP khi đối chiếu với phẫu thuật.**

Phẫu thuật CHT có ĐQNK		Có	Không	Tổng	p
Tổn thương SLAP	Có	7	4	11	<0.01
	Không	0	39	39	
	Tổng	7	43	50	

**Nhận xét:** Đối chiếu với phẫu thuật, tỷ lệ chẩn đoán đúng tổn thương SLAP là 46/50 bệnh nhân, có 11 bệnh nhân được chuẩn đoán có tổn thương SLAP trên CHT có ĐQNK nhưng chỉ có 7 bệnh nhân được chuẩn đoán đúng sau mổ, 4 bệnh nhân còn lại không có tổn thương SLAP. Độ nhạy 100% và độ đặc hiệu là 90,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

**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<sup>8</sup>. 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<sup>2</sup>.

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.** 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. Trong nghiên cứu các bệnh nhân trật khớp vai tái diễn của Phạm Ngọc Hoa<sup>8</sup>, 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.

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. Nghiên cứu của Bryan Loh<sup>7</sup> 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 Phạm Ngọc Hoa<sup>8</sup>, 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<sup>3</sup> 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<sup>7</sup>.

**4.3. Tổn thương SLAP trên CHT có ĐQNK.** Bảng 3 cho thấy có 11 bệnh nhân tổn thương SLAP trong đó có 8 bệnh nhân do chấn thương và 3 bệnh nhân không do chấn thương. SLAP là hình thái tổn thương sụn viền hay gặp ở các bệnh nhân chơi các môn thể thao như tennis, golf, bóng chày, do vai bị xoay quá mức với lực li tâm lớn, dẫn tới kéo giãn và tổn thương vị trí bám của đầu dài gân nhị đầu vào bờ trên ổ chảo. Chính vì thế, theo nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương SLAP gặp ở nhóm chấn thương nhiều hơn là không do chấn thương. Theo nghiên cứu của Phạm Ngọc Hoa, Hồ Ngọc Tú cho thấy tổn thương SLAP trong trật khớp vai tái diễn là 14%<sup>8</sup>. Tuy nhiên, SLAP không là nguyên nhân gây trật khớp vai, nó có thể là tổn thương đơn độc trong bệnh lý rách gân cơ chóp xoay kèm theo hoặc do tổn thương bao khớp, hoặc nó cũng có thể đi kèm với tổn thương sụn viền gây trật khớp như tổn thương Bankart

## V. KẾT LUẬN

Tổn thương sụn viền ổ chảo xương vai hay

gặp do chấn thương. Trong các thể tổn thương sụn viền thì tổn thương Banbart 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 sụn viền ổ chảo.

## 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.

# ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ LÂM SÀNG CỦA LIỆU PHÁP KHÁNG SINH CÓ SỬ DỤNG KHÍ DUNG COLISTIN TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI LIÊN QUAN THỞ MÁY

Lưu Quang Thùy<sup>1</sup>, Lê Thị Nguyệt<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả lâm sàng của liệu pháp kháng sinh có sử dụng khí dung Colistin so với đường tĩnh mạch trong điều trị viêm phổi liên quan thở máy do vi khuẩn Gram(-). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu theo phương pháp tiến cứu, thử

nghiệm lâm sàng, phân nhóm ngẫu nhiên có đối chứng. 60 bệnh nhân được chia thành hai nhóm theo phương pháp rút thăm ngẫu nhiên: Nhóm khí dung (KD): sử dụng 2MUI colistin pha trong 10ml nước muối vô trùng khí dung 6h/lần trong 30 phút; Nhóm tĩnh mạch (TM): sử dụng LD 9MUI colistin, sau đó 2MUI pha 50ml nước muối SE tĩnh mạch trong 60 phút x 6h/ lần. Thu thập số liệu về thay đổi lâm sàng của 2 nhóm nghiên cứu, xử lý và so sánh bằng các phương pháp thống kê. **Kết quả nghiên cứu:** tỷ lệ có đáp ứng về lâm sàng của nhóm bệnh nhân dùng Colistin khí dung là 76.7% và với nhóm bệnh nhân dùng Colistin đường tĩnh mạch là 70%. Tỷ lệ có đáp ứng về lâm sàng ngày 3, ngày 7 và ngày 10 của đường khí dung lần lượt là 20%, 66.7% và 76.7%, với nhóm đường tĩnh mạch lần lượt là 16.7%, 50% và 66.7%.

<sup>1</sup>Bệnh viện Việt Đức

<sup>2</sup>Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Quang Thùy

Email: drluuquangthuy@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2023

Ngày duyệt bài: 25.4.2023