

- Điểm số DLQL trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $17,72 \pm 6,03$ tương tự với kết quả của tác giả Phương Anh (2006) khi đánh giá ảnh hưởng của bệnh viêm da cơ địa đến chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân đang điều trị nội trú tại BVĐLƯU có chỉ số CLCS trung bình là $16,29 \pm 4,7$ [9].

V. KẾT LUẬN

- Bệnh viêm da cơ địa gặp ở mọi lứa tuổi và các ngành nghề khác nhau tuy nhiên mức độ nặng của bệnh tăng ở những người bị bệnh mạn tính trên 10 năm và các ngành nghề có yếu tố tiếp xúc với hóa chất, chất tẩy rửa, xi măng..., mức độ nặng của bệnh ở nam, nữ là ngang nhau.

- Mức độ nặng của bệnh viêm da cơ địa càng nặng thì càng ảnh hưởng nhiều tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân

VI. KHUYẾN NGHỊ

Bệnh nhân viêm da cơ địa cần được điều trị sớm và điều trị duy trì để giảm mức độ nặng của bệnh sẽ cải thiện được chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rothe MJ, Grant-Kels JM.** (1996), "Atopic Dermatitis: an update", *J Am Acad Dermatol*, 35, p1-13

2. **JA McGrath** (2011), "Skin barrier genetics: filaggrin and the dermatologist", *Hong Kong J. Dermatol*, 19, p116-122.
3. **Wüthrich B. Epidemiology** (1996), "natural history of atopic dermatitis", *ACI Int*, 8, p77-82.
4. **Uehara M, Kimura C** (1993), "Descendant family history of atopic dermatitis". *Acta Derm Venereol*; 73: p62-63.
5. **Palmer CN, Irvine AD, Terron-Kwiatkowski A** (2006), "Common loss-of-function variants of the epidermal barrier protein filaggrin are a major predisposing factor for atopic dermatitis", *Nat Genet*, 38: p441.
6. **Oranje AP, Glazenburg EJ** (2007), "Practical issues on interpretation of scoring atopic dermatitis: the SCORAD index, objective SCORAD and the tree-item severity score" *Br J Dermatol*, 157: 645 – 648.
7. **Finlay AY, Khan GK** (1994), "Dermatology Life Quality Index (DLQI): a simple practical measure for routine clinical use", *Clin Exp Dermatol*, 19: 210 – 216.
8. **Bộ y tế** (2009), viêm da cơ địa, Da liễu học, Nhà xuất bản giáo dục việt nam, Hà Nội, tr 40-46.
9. **Hà Nguyễn Phương Anh** (2006), "Nghiên cứu ảnh hưởng của viêm da cơ địa đến chất lượng cuộc sống người bệnh điều trị tại viện da liễu quốc gia", Luận văn thạc sĩ y học, Học viện quân y.
10. **Phạm Thị Thanh Huyền** (2011), "Tình hình, đặc điểm lâm sàng, yếu tố liên quan và ảnh hưởng của bệnh eczema bàn tay đến chất lượng cuộc sống", Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM XÉT NGHIỆM BILAN VIÊM, HÌNH ẢNH VÀ KẾT QUẢ SINH THIẾT MÀNG HOẠT DỊCH DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN VIÊM NHIỄM KHUẨN MỘT KHỚP

Hoàng Đình Âu¹, Vương Thu Hà¹, Doãn Văn Ngọc^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm xét nghiệm bilan viêm, hình ảnh và kết quả sinh thiết màng hoạt dịch (MHD) dưới hướng dẫn siêu âm (SA) trong chẩn đoán viêm nhiễm khuẩn (NK) một khớp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả đặc điểm xét nghiệm bilan viêm, hình ảnh SA, công hưởng từ (CHT) và kết quả sinh thiết MHD dưới hướng dẫn siêu âm của 36 bệnh nhân viêm một khớp có cấy vi khuẩn dịch khớp âm tính tại bệnh viện Đại học Y Hà nội từ 09/2020 đến 10/2022. Phân tích mẫu sinh thiết bao

gồm phân tích mô bệnh học, nuôi cấy vi khuẩn và xét nghiệm PCR lao. **Kết quả:** Tuổi trung vị của BN là 60, nữ chiếm 2/3. Không có sự khác biệt có ý nghĩa ($p > 0.05$) giữa nhóm viêm khớp NK và không NK về xét nghiệm bilan viêm, độ dày MHD khớp và các dấu hiệu phối hợp. Xét nghiệm mẫu sinh thiết của 36 bệnh nhân, có 9 bệnh nhân nuôi cấy vi khuẩn dương tính, 4 bệnh nhân có xét nghiệm PCR lao dương tính, 2 bệnh nhân có viêm mô hạt đặc hiệu của lao và 2 bệnh nhân có phản ứng viêm nhiễm trùng (có mủ, nhiều bạch cầu đa nhân...) trên phân tích mô bệnh học. 17 bệnh nhân này được chẩn đoán là viêm khớp nhiễm trùng (bao gồm nhiễm khuẩn sinh mủ và lao). Không có biến chứng thần kinh hoặc mạch máu trong khi làm sinh thiết. Có 01 trường hợp nhiễm khuẩn vị trí chọc chiếm 2.7% và một trường hợp tràn máu ổ khớp chiếm 2.7% sau khi làm sinh thiết. **Kết luận:** Sinh thiết MHD dưới hướng dẫn SA là phương pháp an toàn, dễ thực hiện. Xét nghiệm màng sinh thiết mang lại gợi ý chẩn đoán có giá trị viêm khớp nhiễm khuẩn. Cần chỉ định sinh thiết MHD dưới hướng dẫn SA đối với các bệnh nhân cấy vi khuẩn dịch khớp âm tính, xét

¹Bệnh viện Đại học Y Hà nội

²Bệnh viện E

³Trường Đại học Y Dược, ĐHQG Hà nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 22.5.2023

nghiệm bilan viêm và hình ảnh không phân biệt được viêm khớp nhiễm khuẩn hay vô khuẩn.

Từ khóa: Sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn siêu âm, viêm khớp nhiễm khuẩn, độ dày màng hoạt dịch khớp.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF INFLAMMATORY BILAN TESTS, IMAGES AND ULTRASOUND-GUIDED SYNOVIAL BIOPSY RESULTS IN THE DIAGNOSIS OF MONOARTHRITIS INFECTION

Purposes: To describe the characteristics of inflammatory bilan tests, imaging, and results of synovial membrane biopsy (MHD) under ultrasound guidance (SA) in the diagnosis of bacterial infection (NK) of a joint. **Material and methods:** A descriptive study of inflammatory bilan tests, ultrasound (US), magnetic resonance imaging (MRI) and ultrasound guided synovial biopsy results of 36 patients with mono-arthritis with negative fluid synovial culture at Hanoi Medical University Hospital from 09/2020 to 10/2022. Biopsy sample analysis included histopathology, bacterial culture, and TB PCR testing. **Results:** The median age of patients was 60, female accounted for 2/3. There was no significant difference ($p > 0.05$) between infection and non-NK arthritis groups in terms of inflammatory bilan test, joint MHD thickness and associated markers. Biopsy samples of 36 patients were examined, 9 patients had positive bacterial cultures, 4 patients had a positive TB PCR test, 2 patients had TB-specific granulomatous inflammation and 2 patients had a positive reaction of infectious inflammation (purulent, polymorphonuclear leukocytes..) on histopathological analysis. These 17 patients were diagnosed with septic arthritis (including pyogenic infections and tuberculosis). There were no neurological or vascular complications during the biopsy. There was 01 case of infection at the puncture site, accounting for 2.7% and one case of hemorrhagic fusion, accounting for 2.7% after biopsy. **Conclusion:** MHD biopsy under SA guidance is a safe and easy method to perform. Examination of biopsies provides valuable diagnostic hints for septic arthritis. An US-guided synovial biopsy should indicate for patients with negative fluid synovial cultures, inflammatory bilan tests, and imaging that cannot differentiate septic or aseptic arthritis.

Keywords: Biopsy of synovial membrane under ultrasound guidance, septic arthritis, synovial membrane thickness.

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].

Siêu âm là phương pháp được lựa chọn đầu tiên chẩn đoán các bệnh lý khớp và màng hoạt

dịch, tiếp theo là chụp cộng hưởng từ (CHT) cũng cho nhiều dấu hiệu hơn là X-quang thường quy và cắt lớp vi tính.

Đối với tổn thương viêm MHD, việc xác định nguyên nhân viêm do nhiễm khuẩn hay không nhiễm khuẩn là rất quan trọng. Tuy nhiên, trong nhiều trường hợp, nguyên nhân viêm không xác định được nếu dựa vào các xét nghiệm, 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].

Sinh thiết MHD đã được thực hiện từ lâu nhưng đa số kỹ thuật còn quá xâm lấn (qua 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 rất 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 an toàn, ít xâm lấn và độ chính xác cao [4,5].

Nghiên cứu này nhằm mô tả các đặc điểm xét nghiệm bilan viêm, hình ảnh và kết quả sinh thiết màng hoạt dịch (MHD) dưới hướng dẫn siêu âm (SA) trong chẩn đoán viêm nhiễm khuẩn (NK) một khớp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tại Bệnh viện Đại học Y Hà nội từ tháng 09/2020 đến tháng 10/2022 trên 36 bệnh nhân viêm một khớp nhưng chưa phân biệt được viêm khớp nhiễm khuẩn hay vô khuẩn do cấy vi khuẩn dịch khớp âm tính, được xét nghiệm bilan viêm, siêu âm, chụp CHT và được sinh thiết MHD khớp dưới hướng dẫn SA tại. Các bệnh nhân phải có đầy đủ hồ sơ bệnh án, hình ảnh và kết quả sinh thiết. Có 01 bệnh nhân không lấy được bệnh phẩm được loại khỏi nghiên cứu.

2.2. Quy trình 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 nông và đầu dò 3.5 – 5 Mhz đối với khớp háng.

- Chụp CHT khớp: được thực hiện trên máy CHT 1.5 Tesla Essenza (Siemens Healthineer) hoặc Signa HDx (General Electric). Cuộn thu nhận tín hiệu tùy thuộc vào từng loại khớp. Các chuỗi xung CHT bao gồm PD FS axial, coronal, sagittal, T1W FS có tiêm đối quang từ.

- Sinh thiết MHD dưới hướng dẫn siêu âm tại phòng vô khuẩn. Sử dụng trocarc đồng trục loại 18G đưa vào đến qua bao khớp vào tới ổ khớp theo đường đi tủy 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. Sinh thiết các mẫu cho phân tích mô bệnh học, xét nghiệm PCR lao và cấy vi khuẩn ở các hướng khác nhau.

- Đối chiếu giữa kết quả sinh thiết và chẩn đoán cuối cùng: Kết quả sinh thiết MHD dương tính khi có ít nhất một trong ba loại xét nghiệm dương tính. Kết quả sinh thiết MHD âm tính khi đồng thời cả ba loại phân tích này âm tính. Chẩn đoán cuối cùng được thiết lập khi bệnh nhân ra viện bằng cách đánh giá đáp ứng của bệnh nhân với điều trị đặc hiệu nhiễm khuẩn khớp.

- **Xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến số định lượng được biểu hiện bằng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị. Các biến số định tính được tính tỷ lệ %. So sánh sự khác biệt về giá trị trung bình của các biến số định lượng bằng T-test (phân bố chuẩn) hoặc Mann-Whitney U test (không phân bố chuẩn). 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

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân viêm khớp

- Tuổi: tuổi trung vị là 60, tuổi nhỏ nhất là 22, cao tuổi nhất là 79

- Giới: trong nhóm bệnh nhân viêm khớp có 24 nữ trong nghiên cứu, chiếm 2/3

Bảng 3: Số lượng các tổn thương kết hợp ở nhóm viêm khớp NK và không NK.

Tổn thương	Viêm khớp NK (n=18)		Viêm khớp không NK (n=18)	
	Có (%)	Không (%)	Có (%)	Không (%)
Tăng sinh mạch MHD	14 (78%)	4 (22%)	15 (83%)	3 (27%)
Dịch ổ khớp	7 (39%)	11 (61%)	10 (55%)	8 (45%)
Ăn mòn xương	15 (83%)	3 (17%)	10 (55%)	8 (45%)
Phù phần mềm	16 (89%)	2 (11%)	11 (61%)	7 (39%)
Ap xe phần mềm	10 (55%)	8 (45%)	1 (5,5%)	17 (94,5%)

Nhận xét: Dấu hiệu tăng sinh mạch MHD, dịch ổ khớp, ăn mòn xương và phù phần mềm nhận thấy ở cả nhóm viêm khớp NK và không NK. Tuy nhiên các dấu hiệu ăn mòn xương, phù phần mềm hay gập ở nhóm viêm khớp NK hơn. Đặc biệt áp xe phần mềm hầu như không gặp ở viêm khớp không NK (chỉ có 5.5%).

3.3. Kết quả sinh thiết MHD khớp dưới hướng dẫn SA:

- Số mẫu bệnh phẩm sinh thiết:

- Kết quả xét nghiệm số lượng bạch cầu, tỷ lệ đa nhân trung tính và CRP lần lượt là 9.2 ± 3 (g/l), 70 ± 9.3 (%) và 3.3 ± 3.8 (mg/l).

Bảng 1: So sánh kết quả xét nghiệm số lượng bạch cầu, tỷ lệ đa nhân trung tính và CRP giữa nhóm viêm khớp NK và không nhiễm khuẩn

Xét nghiệm	Viêm khớp NK (n=18)	Viêm khớp không NK (n=18)	P
Số lượng bạch cầu (g/l)	10 ± 3.7	8.4 ± 2.1	0.1
Tỷ lệ đa nhân trung tính (%)	70.8 ± 9	68.6 ± 9.7	0.48
CRP (mg/L)	4 ± 4.5	2.8 ± 3	0.27

Nhận xét: không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$) về các chỉ số xét nghiệm bilan viêm giữa nhóm viêm khớp NK và viêm khớp không NK.

3.2. Đặc điểm hình ảnh siêu âm và CHT

- Độ dày MHD trên siêu âm và CHT: lần lượt là 6.6 ± 0.7 mm (CI: 5.2-8) và 7.3 ± 0.7 mm (CI: 5.8-8.8).

Bảng 2: So sánh độ dày MHD trên SA và CHT giữa 2 nhóm viêm khớp NK và không nhiễm khuẩn

Độ dày MHD (mm)	Viêm khớp NK (n=18)	Viêm khớp không NK (n=18)	P
Siêu âm	7.6 ± 4.7	5.7 ± 3.4	0.17
CHT	7.9 ± 4.9	6.7 ± 3.9	0.42

Nhận xét: không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$) về độ dày MHD giữa nhóm viêm khớp NK và viêm khớp không NK.

- Các tổn thương kết hợp:

Bảng 1: Vị trí khớp, số lượng khớp và số mẫu sinh thiết trong nghiên cứu

Vị trí khớp	Số BN (1 khớp)	Số mảnh sinh thiết
Vai	3	18
Khuỷu	2	13
Cổ tay	7	47
Háng	15	102
Gối	4	26

Cổ chân	5	32
Tổng	36	238

Nhận xét: Mỗi bệnh nhân được lấy tối thiểu 3 mẫu sinh thiết, tối đa 9 mẫu (trung bình 6.19 ± 1.5 mẫu).

- Kết quả sinh thiết (mô bệnh học, nuôi cấy vi khuẩn và PCR lao): cho thấy có 9 BN có cấy VK dương tính đơn thuần, 4 BN có PCR dương tính. Kết quả phân tích mô bệnh học có 2 BN viêm hạt gợi ý lao, 2 BN có phản ứng viêm dạng nhiễm trùng (mủ, nhiều bạch cầu đa nhân)... trên mảnh sinh thiết.

Bảng 4: Kết quả phân tích mẫu bệnh phẩm sinh thiết MHD

Loại phân tích	Kết quả (n=36)	
	n	%
Cấy vi khuẩn	9	25%
PCR lao	4	11%
Mô bệnh học gợi ý lao	2	5.6%
Mô bệnh học gợi ý nhiễm trùng	2	5.6%

Nhận xét: Có 17/36 BN kết quả xét nghiệm mẫu sinh thiết gợi ý chẩn đoán viêm khớp nhiễm khuẩn (nhiễm khuẩn sinh mủ hoặc lao) chiếm 47%. Trong đó có 9 bệnh nhân chẩn đoán chắc chắn nhiễm khuẩn sinh mủ do cấy vi khuẩn dương tính, 4 bệnh nhân chẩn đoán lao khớp do dương tính với PCR lao. Có 2 BN có viêm hạt gợi ý lao và 2 BN gợi ý nhiễm khuẩn sinh mủ (mủ, nhiều bạch cầu đa nhân...) khi phân tích mô bệnh học mảnh sinh thiết.

- Biến chứng trong và sau sinh thiết MHD dưới hướng dẫn SA:

Không có biến chứng thần kinh hoặc mạch máu trong khi làm sinh thiết. Có 01 trường hợp nhiễm khuẩn vị trí chọc chiếm 2.7% và một trường hợp tràn máu ổ khớp chiếm 2.7% sau khi làm sinh thiết.

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

Bảng 5: Đối chiếu kết quả sinh thiết MHD với chẩn đoán cuối cùng

Kết quả ST	CD cuối cùng	Viêm khớp NK n=18	Viêm khớp không NK n=18
	Dương tính		17
Âm tính		1	18

Nhận xét: Có 01 BN kết quả sinh thiết MHD âm tính nhưng chẩn đoán cuối cùng là viêm khớp do VK sinh mủ. Tất cả các trường hợp viêm khớp không NK đều có kết quả sinh thiết âm tính.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn

bệnh nhân viêm khớp đều lớn tuổi, chủ yếu là nữ. Đối với tổn thương viêm MHD khớp, việc xác định nguyên nhân viêm do nhiễm khuẩn hay không do nhiễm khuẩn là rất quan trọng. Tuy nhiên, xét nghiệm bilan viêm không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm viêm khớp NK và viêm khớp không NK.

Đối với tổn thương MHD, dấu hiệu trực tiếp và dễ quan sát nhất là độ dày MHD trên siêu âm hoặc CHT. Khi MHD $d \geq 2$ mm được coi là dày theo tiêu chuẩn OMERACT 7 [8]. Tuy nhiên, sự khác biệt về độ dày của MHD không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$) để phân biệt giữa viêm khớp NK và không NK trong nghiên cứu của chúng tôi.

Các tổn thương phối hợp khác bao gồm tăng sinh mạch MHD, dịch ổ khớp, ăn mòn xương, phù nề và áp xe phần mềm quanh khớp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tăng sinh mạch MHD và dịch ổ khớp là các dấu hiệu ít giá trị. Dịch ổ khớp không thấy trong 61% các trường hợp viêm khớp NK nhưng gặp đến 55% các trường hợp viêm khớp không NK. Theo nghiên cứu của Graif thì có khoảng 21% viêm khớp NK không có tràn dịch khớp [9]. Tổn thương ăn mòn xương, phù nề phần mềm có độ nhạy cao trong chẩn đoán viêm khớp NK với tỷ lệ lần lượt là 83% và 89% nhưng độ đặc hiệu ở mức độ trung bình. Tuy nhiên, áp xe phần mềm quanh khớp có độ đặc hiệu rất cao (94.5%) mặc dù độ nhạy chỉ 55%. Điều này tương đồng với nghiên cứu của Graif [9] là ăn mòn xương gặp ở nhóm viêm khớp NK 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 cho thấy rằng ăn mòn xương hay gặp trong lao hơn là nhiễm khuẩn sinh mủ (83% so với 46%) [10].

Do chưa thể xác định được nguyên nhân viêm khớp NK bằng xét nghiệm và hình ảnh nên sinh thiết MHD dưới hướng dẫn SA được chỉ định. Thủ thuật an toàn, không có biến chứng nặng và chỉ có 2 trường hợp biến chứng nhẹ. Kết quả các trường hợp kết quả sinh thiết cho thấy có 9 trường hợp cấy vi khuẩn dương tính từ mẫu sinh thiết tương tự nghiên cứu của Sitt và cs [5]. Đối với các trường hợp lao, có 4 ca xét nghiệm PCR lao dương tính. Có 2 trường hợp cấy vi khuẩn và 2 trường hợp PCR lao âm tính nhưng phân tích mô bệnh học thấy phản ứng viêm gợi ý nhiễm trùng (mủ, nhiều bạch cầu đa nhân...) và viêm mô hạt gợi ý lao.

Chẩn đoán cuối cùng được thiết lập khi BN ra viện. 17 BN trên được chẩn đoán sơ bộ là viêm khớp nhiễm khuẩn và đều đáp ứng tốt với điều trị đặc hiệu. Có 01 trường hợp kết quả sinh

thiết không gợi ý nhiễm khuẩn khớp nhưng chẩn đoán cuối cùng là viêm khớp sinh mủ vì bệnh nhân đáp ứng tốt với điều trị kháng sinh.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm hình ảnh và xét nghiệm của viêm khớp NK không đặc hiệu. Sinh thiết MHD dưới hướng dẫn SA là phương pháp khả thi, an toàn, cung cấp giá trị chẩn đoán cao đối với viêm khớp NK. Cần chỉ định sinh thiết MHD khớp dưới hướng dẫn SA đối với BN viêm khớp khi xét nghiệm máu và chẩn đoán hình ảnh chưa xác định được nguyên nhân.

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. **Labanauskaite G, Sarauskas V.** Correlation of power Doppler sonography with vascularity of the synovial tissue. *Medicina (Kaunas, Lithuania).* 2003;39(5):480-483.
8. **Wakefield RJ, Balint PV, Szkudlarek M, et al.** Musculoskeletal ultrasound including definitions for ultrasonographic pathology. *The Journal of rheumatology.* 2005;32(12):2485-2487.
9. **Graif M, Schweitzer ME, Deely D, Matteucci T.** The septic versus nonseptic inflamed joint: MRI characteristics. *Skeletal radiology.* 1999;28(11):616-620.
10. **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 CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN VIÊM RUỘT THỪA CẤP ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN QUÍ 1 NĂM 2021

Lê Văn Thâm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân viêm ruột thừa cấp điều trị tại khoa Ngoại Tiêu hóa bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn quý I năm 2021. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Hầu hết bệnh nhân đều có tăng bạch cầu (86%) trong đó BC 10-15 G/L chiếm tỷ lệ cao nhất 58%; Đa số bệnh nhân có BCĐNTT $\geq 75\%$ (88%); Đa số bệnh nhân có hình ảnh siêu âm đều tăng kích thước đường kính ruột thừa (94%), ấn không xẹp (96%), thâm nhiễm mỡ xung quanh (74%); Đa số bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh ở giai đoạn viêm ruột thừa cấp mủ (66%). **Kết luận:** Đa số bệnh nhân có tăng bạch cầu (86%), BCĐNTT $\geq 75\%$ (88%), hình ảnh siêu âm đều tăng kích thước đường kính ruột thừa (94%), ấn không xẹp (96%), thâm nhiễm mỡ xung quanh (74%), kết quả giải phẫu bệnh ở giai đoạn viêm ruột thừa cấp mủ (66%).

SUMMARY

PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ACUTE APPENDICITIS TREATMENT AT XANH PON GENERAL HOSPITAL THE 1ST QUARTER IN 2021

Objective: To describe paraclinical characteristics of patients with acute appendicitis who are treating at the Gastroenterology ward in Xanh Pon General Hospital the 1st quarter in 2021. **Methods:** cross-sectional descriptive study. **Results:** Most patients have leukocytosis (86%) in which BC 10-15 G/L accounts for the highest rate 58%; Most of the patients had neutrophils $\geq 75\%$ (88%); The majority of the patients with ultrasound images had an increase in the diameter of the appendix (94%), no compression (96%), surrounding fat infiltration (74%); Most of the patients had histopathological results in the stage of acute purulent appendicitis (66%). **Conclusion:** The study shows that the majority of patients with leukocytosis (86%), neutrophils $\geq 75\%$ (88%), ultrasound images increased the size of the appendix diameter (94%), non-collapsed pressure (96%), fatty infiltration around (74%), pathological results in the stage of acute purulent appendicitis (66%).

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Thâm

Email: themlv2003@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2023

Ngày duyệt bài: 25.5.2023