

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thúy Hằng, 2005. Tình hình nhiễm khuẩn tiết niệu ở bệnh nhân đặt ống thông bàng quang tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Việt Đức, Đại học Y Hà Nội.
2. Lê Văn Hiệp, 2020. Đánh giá tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu bệnh viện liên quan đến ống thông bàng quang ở bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức tích cực, Đại học Y Hà Nội.
3. Vũ Thị Thanh Hà, Lê Thị Diễm Tuyết (2004): Đánh giá tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu bệnh viện ở bệnh nhân hồi sức cấp cứu có đặt ống thông bàng quang.
4. Bongyoung Kim¹, Hyunjoo Pai²: Current status of indwelling urinary catheter utilization and catheter-associated urinary tract infection throughout hospital wards in Korea: A multicenter prospective observational study: 2017.
5. Catheter-associated urinary tract infection in adults Thomas Fekete MD uptodate June 2019.
6. Stamm W.E. - Nosocomial urinary tract infection. In: Hospital Infections. Bennett J.V. and Brachman P.S. Eds. Little Brown & Company, Boston, 1992, pp. 597 - 610.
7. Reducing Catheter-Associated Urinary Tract Infection in the Critical Care Unit. Mikel Gray, PhD, FNP, PNP, CUNP, CCCN AACN Advanced Critical Care Volume 21, Number 3, pp.247-257 © 2010, AACN
8. Weiner LM, Webb AK, Limbago B, et al. Antibiotic-resistant pathogens related to health-related infections: Summary of reported data for the National Health Care Safety Network at the Centers for Disease Control and Prevention, 2011-2014.

VAI TRÒ CỦA CỘNG HƯỞNG TỬ TRONG CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT U MÀNG HOẠT DỊCH VÀ LAO KHỚP

Hoàng Đình Âu¹, Vương Thu Hà¹

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá các đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ (CHT) trong việc phân biệt u màng hoạt dịch và lao khớp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hình ảnh CHT của 13 bệnh nhân trong đó có 06 bệnh nhân u màng hoạt dịch và 07 bệnh nhân lao khớp đã được chẩn đoán xác định bằng sinh thiết màng hoạt dịch hoặc phẫu thuật khớp. Dày và ngấm thuốc màng hoạt dịch, dịch ổ khớp, ăn mòn xương, phù tủy xương, phù và tính chất của ổ áp xe phần mềm quanh khớp trên cộng hưởng từ được so sánh giữa nhóm u màng hoạt dịch với lao khớp. **Kết quả:** Tuổi nhóm u màng hoạt dịch là 44.5±18.3, của nhóm lao khớp là 60±15.5. Số lượng bạch cầu, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính và CRP của nhóm u màng hoạt dịch và của nhóm lao khớp lần lượt là 7.9±1.7 (g/l), 64.3±14.5 (%), 1.5±1 (mg/L) và 8.7±3.5 (g/l), 70±8.1 (%), 4.6±6.5 9 (mg/l). Độ dày màng hoạt dịch trung bình trên CHT ở nhóm u màng hoạt dịch là 19±10.4 mm, lớn nhất là 36 mm, nhỏ nhất là 5 mm. Ở nhóm lao khớp, độ dày màng hoạt dịch trung bình là 8.9±6.7 mm, lớn nhất là 24 mm, nhỏ nhất 5.7 mm, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ dày màng hoạt dịch giữa 2 nhóm (p=0.07). Ở nhóm u màng hoạt dịch, có 01 bệnh nhân dày độ 1 (từ 3-6 mm), còn lại là dày độ 4 (>12 mm). Ở nhóm lao khớp, có 4 bệnh nhân dày độ 1, 2 bệnh nhân dày độ 2 và 1 bệnh nhân dày độ 4. Dịch ổ khớp thấy 2/6 bệnh nhân

u màng hoạt dịch (chiếm 33%) và dịch trong, trong đó chỉ thấy 1/7 bệnh nhân lao khớp (chiếm 14%), dịch không trong. Ăn mòn xương gặp phổ biến ở những bệnh nhân lao khớp (6/7 bệnh nhân, chiếm 86%) trong khi đó chỉ gặp 2/6 bệnh nhân u màng hoạt dịch (chiếm 33%) nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p= 0.07). Phù tủy xương gặp ở 3/6 bệnh nhân u màng hoạt dịch (chiếm 50%) nhưng gặp ở 6/7 bệnh nhân lao khớp (chiếm 86%), sự khác biệt cũng không có ý nghĩa thống kê (p=0.21). Không gặp bệnh nhân phù cơ trong nhóm u màng hoạt dịch nhưng có 4/7 bệnh nhân phù cơ trong lao khớp (chiếm 57%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0.03). Tương tự đối với áp xe phần mềm không gặp ở nhóm u màng hoạt dịch nhưng đối với viêm khớp do lao, có 3/7 bệnh nhân (chiếm 43%). **Kết luận:** Độ dày màng hoạt dịch và đặc điểm tổn thương ngoài khớp như phù nề và áp xe phần mềm cung cấp thông tin hữu ích trong việc phân biệt u màng hoạt dịch và lao khớp.

Từ khóa: Cộng hưởng từ, lao khớp, u màng hoạt dịch khớp.

SUMMARY

THE ROLE OF MAGNETIC RESONANCE IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF SYNOVIAL TUMOR AND TUBERCULOSIS ARTHRITIS

Purpose: To evaluate the magnetic resonance imaging (MRI) features in differentiating synovial tumor and tuberculosis arthritis. **Material and methods:** Descriptive study on MRI images of 13 patients, including 06 synovial tumor and 07 tuberculosis arthritis patients confirmed by synovial biopsy or joint surgery. Thickening and enhancement of synovial membrane, synovial fluid, bone erosion, bone marrow edema, edema and characteristics of periarticular soft tissue abscess on magnetic resonance imaging were compared between synovial

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhou@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.5.2023

Ngày duyệt bài: 19.6.2023

tumor group and tuberculosis arthritis. **Results:** The mean age of synovial tumors group was 44.5 ± 18.3 , of the tuberculosis arthritis group was 60 ± 15.5 . The white blood cell count, neutrophil percentage and CRP of the synovial tumor group and the tuberculosis arthritis group were 7.9 ± 1.7 (g/l), 64.3 ± 14.5 (%), 1.5 ± 1 (mg/l), and 8.7 ± 3.5 (g/l), 70 ± 8.1 (%), 4.6 ± 6.5 9 (mg/l), respectively. The mean thickness of synovial membrane on MRI in the synovial tumor group was 19 ± 10.4 mm, the largest was 36 mm, the smallest was 5 mm. In the tuberculosis arthritis group, the mean synovial membrane thickness was 8.9 ± 6.7 mm, the largest was 24 mm, the smallest 5.7 mm, there was no statistically significant difference in synovial thickness between the two groups ($p=0.07$). In the synovial tumor group, there was 1 patient with thickness grade 1 (from 3 to 6 mm), the rest with thickness grade 4 (> 12 mm). In the tuberculosis arthritis group, there were 4 patients with grade 1, 2 patients with grade 2, and 1 patient with grade 4. Joint fluid was found in 2/6 patients with synovial tumor (accounting for 33%) and with clear fluid, and found only in 1/7 patients with tuberculosis arthritis (accounting for 14%) the fluid was not clear. Bone erosion was common in patients with tuberculosis arthritis (6/7 patients, accounting for 86%) while only 2/6 patients with synovial tumor (accounting for 33%) but the difference was not statistically significant ($p=0.07$). Bone marrow edema was found in 3/6 patients with synovial tumor (accounting for 50%) but in 6/7 patients with joint tuberculosis (accounting for 86%), the difference was also not statistically significant ($p=0.21$). There were no patients with soft tissue edema in the synovial tumor group, but there were 4/7 patients with soft tissue edema in tuberculosis arthritis (accounting for 57%), the difference was statistically significant ($p=0.03$). Similar to soft tissue abscess were not seen in the synovial tumor group, but for tuberculosis arthritis, there were 3/7 patients (accounting for 43%). **Conclusions:** Synovial membrane thickness and features of extra-articular lesions such as edema and soft tissue abscess provide useful information in differentiating synovial tumor from tuberculosis arthritis.

Keywords: Magnetic resonance, tuberculosis arthritis, joint synovial tumor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao khớp chiếm khoảng 10% các trường hợp lao ngoài phổi [1]. Lao khớp thường biểu hiện ở một khớp và hay gặp nhất ở các khớp chịu lực như khớp gối, khớp háng, cổ chân [2]. Chẩn đoán chính xác lao khớp, đặc biệt là ở những bệnh nhân trẻ tuổi, có hệ miễn dịch bình thường, là rất khó, do tỷ lệ mắc bệnh hiếm gặp, biểu hiện lâm sàng không điển hình và kết quả X quang không đặc hiệu [3]. Bệnh nhân bị lao khớp có thể bị chẩn đoán nhầm với u màng hoạt dịch do cả hai loại bệnh đều có khởi phát từ từ, diễn biến chậm [4,5]. Điều trị muộn hai loại bệnh này đều có thể dẫn đến phá hủy sụn khớp hoặc biến dạng khớp nghiêm trọng [7] Hơn nữa, phương

pháp điều trị chính cho lao khớp và u màng hoạt dịch hoàn toàn khác nhau, trong đó lao khớp được điều trị bằng thuốc chống lao lâu dài, trong khi đó u màng hoạt dịch cần phải cắt bỏ bao hoạt dịch [8]. Do đó, việc phân biệt giữa hai thực thể bệnh này là rất quan trọng đối với kết quả điều trị của bệnh nhân.

Chẩn đoán lâm sàng lao khớp và u màng hoạt dịch khớp thường khó khăn do tính không đặc hiệu của các triệu chứng và khám lâm sàng, kết quả xét nghiệm thường trong giới hạn bình thường [1]. Hình ảnh cộng hưởng từ với độ phân giải cao và độ tương phản mô mềm tuyệt vời, đã trở thành phương pháp chẩn đoán chính để chẩn đoán và lập kế hoạch điều trị các tổn thương bao hoạt dịch.

Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá vai trò của cộng hưởng từ trong phân biệt lao khớp và u màng hoạt dịch, có đối chứng với kết quả sinh thiết màng hoạt dịch và phẫu thuật khớp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả được thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Hà nội từ tháng 09/2020 đến tháng 10/2022. Chúng tôi đã thu thập được 13 bệnh nhân, trong đó có 07 bệnh nhân lao khớp và 06 bệnh nhân u màng hoạt dịch, đã được chẩn đoán xác định bằng sinh thiết màng hoạt dịch và phẫu thuật khớp

Các khớp bị ảnh hưởng như sau: đối với viêm khớp do lao, khớp háng ($n=2$), cổ tay ($n=1$), khuỷu tay ($n=1$), cổ chân ($n=2$) và vai ($n=1$). Đối với u màng hoạt dịch, khớp háng ($n=1$), khớp gối ($n=3$), khớp cổ chân ($n=2$). Trong số 07 bệnh nhân bị lao khớp có 5 nữ và 2 nam; tuổi từ 35 đến 75 tuổi (trung bình là 60 ± 15.5). Trong số 06 bệnh nhân bị u màng hoạt dịch, có 3 nam và 3 nữ; tuổi dao động từ 12 đến 60 tuổi (trung bình là 44.5 ± 18.3).

Trong số 6 bệnh nhân u màng hoạt dịch có 1 bệnh nhân sarcoma màng hoạt dịch, 3 bệnh nhân viêm bao hoạt dịch lông nốt sắc tố, 1 bệnh nhân thoái hóa xương sụn màng hoạt dịch và 1 bệnh nhân lymphoma màng hoạt dịch.

- Chụp CHT khớp: được thực hiện trên máy CHT 1.5 Tesla Siemens Essenza hoặc GE Signa HDx. Cuộn thu nhận tín hiệu tùy thuộc vào từng loại khớp. Các chuỗi xung CHT bao gồm T1W coronal và axial nhằm đánh giá ăn mòn xương, PD FS axial, coronal, sagittal nhằm đánh giá phù nề tủy xương và/hoặc phần mềm. Chuỗi xung T1W FS có tiêm đối quang từ nhằm đánh giá ngấm thuốc của màng hoạt dịch và áp xe phần

mềm nếu có.

Hai bác sĩ chẩn đoán hình ảnh có kinh nghiệm về cơ xương khớp, mù về nguyên nhân tổn thương khớp, cùng xem xét các hình ảnh cộng hưởng từ và đi đến thống nhất chẩn đoán.

Các dấu hiệu CHT cần được đánh giá bao gồm hình thái, mức độ dày và ngấm thuốc của màng hoạt dịch, mức độ tràn dịch khớp, phù tủy xương trên T2W FS, phù mô mềm quanh bao hoạt dịch và áp xe phần mềm quanh khớp. Chúng tôi đã phân loại độ dày của màng hoạt dịch sau khi ngấm thuốc thành bốn cấp độ: độ 0, 0–3 mm; độ 1, 3–6 mm; độ 2, 6–9 mm; độ 3, 9–12 mm và độ 4, > 12 mm. Ăn mòn xương là loại tổn thương phá vỡ đường viền vỏ xương bình thường, có ranh giới rõ ràng được đánh giá trên chuỗi xung T1W trước và sau tiêm đối quang. Phù nề tủy xương và phần mềm quanh khớp được đánh giá trên chuỗi xung T2W xóa mỡ. Đánh giá ổ áp xe mô mềm dựa vào đặc điểm ngấm thuốc của viền áp xe (dày hay mỏng, nhẵn hay không đều).

- Sinh thiết MHD khớp dưới hướng dẫn siêu âm tại phòng thủ thuật siêu âm vô khuẩn. Tư thế bệnh nhân và hướng kim tùy thuộc vào từng khớp được sinh thiết. Cần chú ý ngả kim cho cùng hướng dọc theo MHD. Kim sinh thiết được dùng là kim bán tự động 18 Gauge, có kèm trocar đồng trục với các khớp lớn (khớp vai, khớp háng). 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 lao 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.

- **Xử lý số liệu:** Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các giá trị định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn. Các giá trị định tính được tính theo tỷ lệ %. So sánh sự khác biệt về giá trị trung bình của các biến số bằng thuật toán kiểm định Fisher, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung về tuổi, giới, các xét nghiệm cơ bản ở bệnh nhân lao khớp và u màng hoạt dịch được tóm tắt trong bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm về tuổi giới và xét nghiệm máu của 2 nhóm bệnh nhân

Nhóm	Lao khớp	U màng hoạt dịch
Tuổi	60 \pm 15.5	44.5 \pm 18.3
Giới (nam/nữ)	2/5	3/3

Bạch cầu (g/l)	8.7 \pm 3.5	7.9 \pm 1.7
ĐN Trung tính (%)	70 \pm 8.1	64.3 \pm 14.5
CRP(mg/l)	4.8 \pm 6.5	1.5 \pm 1

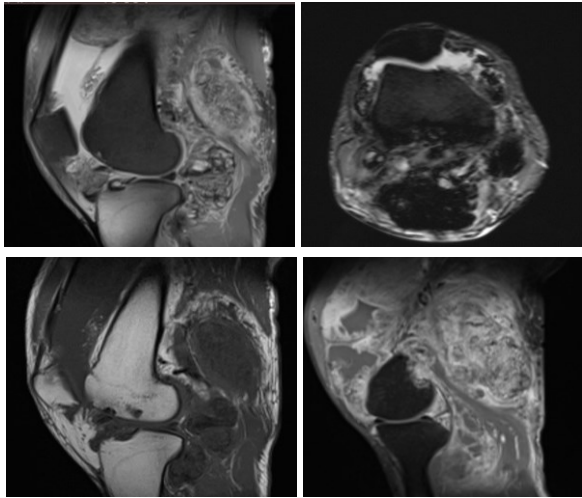
Nhận xét: Tuổi của nhóm bệnh nhân u màng hoạt dịch trẻ hơn nhóm lao khớp nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0.14$). Ở nhóm lao khớp, số bệnh nhân nữ chiếm ưu thế (71%) trong khi đó ở nhóm u màng hoạt dịch, số bệnh nhân nam/nữ tương đương nhau (50%). Số lượng bạch cầu đa nhân, tỷ lệ đa nhân trung tính và CRP trong nhóm u màng hoạt dịch thấp hơn nhóm lao khớp, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0.05$).

Bảng 2: Đặc điểm về hình ảnh cộng hưởng từ của 2 nhóm bệnh nhân.

Nhóm	Lao khớp	U màng hoạt dịch	p
Dày MHD (mm)	8.9 \pm 6.7	19 \pm 10.4	0.07
Dịch khớp (%)	1/7 (14%)	2/6 (33%)	0.47
Ăn mòn xương (%)	6/7 (86%)	2/6 (33%)	0.07
Phù tủy xương (%)	6/7 (86%)	3/6 (50%)	0.21
Phù phần mềm (%)	4/7 (57%)	0/6 (0%)	0.03
Áp xe phần mềm (%)	3/7 (43%)	0/6 (0%)	0.08

Nhận xét: Màng hoạt dịch dày hơn ở nhóm u màng hoạt dịch so với lao khớp nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0.07$). Tuy nhiên, chỉ có 1 bệnh nhân dày độ 1 (từ 3-6 mm), còn lại là dày độ 4 (>12 mm) ở nhóm u màng hoạt dịch, trong khi đó chỉ có 1 bệnh nhân dày độ 4, số còn lại dày độ 1, 2 ở nhóm lao khớp. Dịch ổ khớp đều ít gặp ở nhóm u màng hoạt dịch (2/6 bệnh nhân chiếm 33%) và nhóm lao khớp (1/7 bệnh nhân chiếm 14%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0.47$). Ăn mòn xương được thấy rõ nhất trên chuỗi xung T1W, biểu hiện tổn thương khu trú cường độ tín hiệu thấp trái ngược với tủy xương nhiễm mỡ bình thường. Ăn mòn xương và phù tủy xương hay gặp ở nhóm lao khớp (đều là 86%) so với ở nhóm u màng hoạt dịch (lần lượt là 33% và 50%) nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là 0.07 và 0.21.

Trên hình ảnh CHT, phù nề phần mềm ngoài khớp được xác định ở 4/7 (57%) bệnh nhân lao khớp trong khi đó không gặp ở bệnh nhân u màng hoạt dịch ($p=0.03$). Tương tự đối với áp xe phần mềm gặp ở 3/7 bệnh nhân lao khớp (chiếm 43%) nhưng không gặp ở u màng hoạt dịch. Các bất thường mô mềm ngoài khớp được mô tả trên hình ảnh T2W hoặc PDfs như các khu vực có cường độ tín hiệu cao bất thường ở các cơ và các mô liên kết lân cận.



Hình 1: Hình ảnh CHT bệnh nhân nam, 60T, lâm sàng sưng đau gối, không sốt, xét nghiệm BC 7.3 g/l trong đó ĐNTT chiếm 88.1%, CRP 2.1 mg/l

Hình ảnh CHT có tiêm gadolinium thấy nhiều nốt- khối màng hoạt dịch tăng tín hiệu trên T2W, giảm trên T1W, giảm mạnh trên T2*, ngấm thuốc mạnh sau tiêm, kèm tràn dịch khớp, ăn mòn xương bờ khớp.

Hình ảnh CHT có tiêm gadolinium cho thấy phù nề và các ổ áp xe phần mềm ngoài khớp, hay gặp ở bệnh nhân lao khớp (lần lượt thấy trên 4/7 bệnh nhân, chiếm 57% và 3/7 bệnh nhân chiếm 43%) trong khi đó không gặp cả hai dấu hiệu này ở u màng hoạt dịch. Hai loại bất thường cần quan sát sau khi tiêm gadolinium: (a) bắt thuốc lan tỏa ở vùng bất thường, đó là dấu hiệu của viêm bao hoạt dịch, viêm cơ và viêm mô tế bào, và (b) bắt quang viên - đề cập đến tình trạng không ngấm thuốc trung tâm, gợi ý áp xe. Các dấu hiệu ngoài khớp có thể coi là dấu hiệu cơ bản để phân biệt u màng hoạt dịch với lao khớp.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần bệnh nhân >50 tuổi, viêm khớp sinh mủ gặp nhiều hơn ở nam giới trong khi đó lao khớp gặp nhiều hơn ở nữ giới. Số lượng bạch cầu cao hơn ở viêm khớp sinh mủ nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tương tự như đối với các xét nghiệm tỷ lệ đa nhân trung tính và CRP. Các chỉ số xét nghiệm này không đặc hiệu cho lao khớp cũng như viêm khớp sinh mủ, tương tự như nghiên cứu của Sitt và cộng sự [7].

Khi nhiễm trùng khớp, màng hoạt dịch sẽ tổn thương đầu tiên, biểu hiện bằng dày và ngấm thuốc đối quang bất thường ở màng hoạt dịch, sau đó là dịch ổ khớp. Prakash nghiên cứu trên

12 bệnh nhân lao khớp thấy tổn thương màng hoạt dịch ở tất cả bệnh nhân [8] tương tự trong nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, dày bất thường màng hoạt dịch trên CHT không phải là dấu hiệu phân biệt viêm khớp sinh mủ và lao khớp ($p=0.53$). Mặc dù vậy, ở nhóm viêm khớp sinh mủ, số lượng gặp dịch ổ khớp nhiều hơn (55%) nhóm viêm khớp do lao (14%) ($p<0.05$). Tuy nhiên, sự có mặt hay không của dịch khớp cũng không đặc hiệu cho loại tổn thương khớp nào. Nghiên cứu của Graif và cs thì có khoảng 21% nhiễm khuẩn khớp không có tràn dịch khớp kèm theo [10].

Choi et al. đánh giá 27 lao khớp [9] thấy dày bao hoạt dịch độ 0 được quan sát thấy ở 44–55% và độ 3 thấy ở 7–14% trường hợp lao khớp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 6/11 bệnh nhân có dày độ 1, 2 bệnh nhân dày độ 2 và 3 bệnh nhân dày độ 3 ở nhóm viêm khớp sinh mủ. Ở nhóm viêm khớp do lao, có 4/7 bệnh nhân dày độ 1, 2/7 bệnh nhân dày độ 2 và 1 bệnh nhân dày độ 4.

Trong nhiễm trùng khớp có hiện tượng sản xuất enzyme phân giải protein làm tăng tốc độ phá hủy sụn khớp. Viêm khớp do lao có thể bị ăn mòn xương ít hơn so với những người bị viêm khớp sinh mủ do thiếu enzyme phân giải protein. Prakash và cộng sự [8] báo cáo ăn mòn xương ở tất cả (12/12) bệnh nhân lao khớp. Ngược lại, Sanghvi và cộng sự báo cáo ăn mòn xương chỉ ở 5/15 bệnh nhân. Nghiên cứu của Choi và cộng sự [9] cho thấy kích thước ăn mòn xương lớn kèm ngấm thuốc viên hay gặp trong lao khớp, trong khi các ăn mòn có ngấm thuốc dày không đều hướng đến viêm khớp sinh mủ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 6/7 bệnh nhân lao khớp (86%) và 9/11 (82%) bệnh nhân viêm khớp sinh mủ có ăn mòn xương. Tỷ lệ ăn mòn xương ở cả hai nhóm là gần như tương đương nhau.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, những bệnh nhân bị viêm khớp sinh mủ có tỷ lệ phù tủy xương cao hơn so với bệnh nhân bị viêm khớp do lao (91% so với 86%) tương tự với nghiên cứu của Lee và cộng sự. Huang và cộng sự cho rằng bệnh lao cột sống có mức độ ít hơn phù tủy hơn so với quan sát thấy trong viêm cột sống sinh mủ.

Đặc điểm của các bất thường ngoài khớp trên chuỗi xung sau tiêm gadolinium nhằm đánh giá ranh giới nhiễm trùng thực sự. Thuốc cản quang đặc biệt hữu ích để phân biệt giữa áp xe và phù cơ xung quanh. Các tổn thương ngoài khớp trong viêm khớp do lao thường có các áp xe có ranh giới nhẵn. Ngược lại, một số lượng

lớn các tổn thương viêm khớp sinh mủ cho thấy ranh giới không đều của sự lan rộng ngoài khớp có hoặc không có áp xe. Tuy nhiên, hình ảnh các tổn thương nhiễm trùng có thể thay đổi và không chỉ phụ thuộc vào độc lực của sinh vật mà còn phụ thuộc vào giai đoạn nhiễm trùng và trạng thái miễn dịch của cá nhân. Viêm khớp lao thường có diễn biến mạn tính, tiến triển chậm [4] nên biểu hiện các tổn thương ngoài khớp thường có ranh giới rõ hơn.

Các đặc điểm hình thái của áp xe thay đổi theo thời gian và áp xe có thể mở rộng do quá trình hoại tử của các tế bào xung quanh. Theo thời gian, nó có thể bị ngăn lại bởi mô liên kết đóng vai trò như một rào cản, hạn chế sự lây lan thêm [16]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hình ảnh cộng hưởng từ cho thấy áp xe lao rõ ràng, thường có thành mỏng và nhẵn. Ngược lại, áp xe sinh mủ có thành dày và không đều.

V. KẾT LUẬN

Hình ảnh CHT có vai trò quan trọng trong chẩn đoán nhiễm khuẩn khớp. Do tính chất khởi phát và diễn biến khác nhau, các dấu hiệu CHT có thể phân biệt được viêm khớp sinh mủ và viêm khớp do lao, đặc biệt dựa vào các dấu hiệu tổn thương ngoài khớp như phù cơ, tính chất của áp xe phần mềm quanh khớp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yao DC, Sartoris DJ. Musculoskeletal tuberculosis. Radiol Clin North Am 1995; 33:679 – 689.
2. Forrester DM, Feske WI. Imaging of infectious arthritis. Semin Roentgenol 1996; 31:239 –249.
3. Smith JW, Piercy EA. Infectious arthritis. Clin Infect Dis 1995; 20:225–230.
4. Munk PL, Vellet AD, Hilborn MD, Crues JV III, Helms CA, Poon PY. Musculoskeletal infection: findings on magnetic resonance imaging. Can Assoc Radiol J 1994; 45:355–362.
5. Gyls-Morin VM. MR imaging of pediatric musculoskeletal inflammatory and infectious disorders. Magn Reson Imaging Clin N Am 1998; 6:537–559.
6. Kang HS, Yeon KM. Differentiation between tuberculous and pyogenic spondylitis: MR imaging characteristics of paraspinous mass. J Korean Radiol Soc 1996; 34: 825– 830.
7. 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.
8. Prakash M, Gupta P, Dhillon MS, Sen RK, Khandelwal N. Magnetic resonance imaging findings in tubercular arthritis of elbow. Clin Imaging 2016;40:114-8.
9. Choi JA, Koh SH, Hong SH, Koh YH, Choi JY, Kang HS. Rheumatoid arthritis and tuberculous arthritis : Differentiating MRI features. AJR Am J Roentgenol 2009 ;193 :1347-53.
10. Graif M, Schweitzer ME, Deely D, Matteucci T. The septic versus nonseptic inflamed joint : MRI characteristics. Skeletal radiology. 1999; 28(11):616-620.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI SỌ MẶT PHÂN TÍCH TRÊN PHIM SỌ NGHIÊNG CỦA NHÓM NGƯỜI VIỆT NAM TRƯỞNG THÀNH BIỂU HIỆN SAI KHỚP CẤP HẠNG III TRẦM TRỌNG DO XƯƠNG

Cù Hoàng Anh¹, Lê Thị Thu Hải²,
Nguyễn Thanh Huyền³, Trần Ngọc Quảng Phi⁴

TÓM TẮT⁶⁰

Mục tiêu: Phân tích đặc điểm hình thái sọ mặt trên phim sọ nghiêng của nhóm người Việt Nam trưởng thành biểu hiện sai khớp cắn hạng III trầm trọng do xương. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, đa trung tâm, khảo sát các đặc điểm hình thái sọ mặt của 62 bệnh nhân (41 nữ, 21 nam)

biểu hiện sai khớp cắn hạng III do xương, sử dụng phân tích đo sọ của Ricketts, McNamara và Arnett. **Kết quả:** Nghiên cứu khẳng định các biến dạng sọ mặt của nhóm bệnh nhân: nền sọ trước và nền sọ sau ngắn, xương hàm trên ngắn và ở vị trí lui sau, xương hàm dưới dài và định vị ra trước, môi trên lùi, môi dưới và cằm nhô trước, chiều cao tăng mặt dưới tăng. Khác biệt chính về giới tính là vấn đề kích thước xương hàm. Nghiên cứu cũng xác định tương quan mật thiết giữa độ nhô môi, cằm với vị trí, kích thước xương hàm và trục cũng như vị trí các răng cửa.

Từ khóa: Sai khớp cắn hạng III do xương, đặc điểm sọ mặt, phân tích phim sọ nghiêng

SUMMARY

CEPHALOMETRIC CHARACTERISTICS OF THE CRANIO-FACIAL MORPHOLOGY OF THE SEVERE SKELETAL CLASS III IN

¹Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch, TPHCM

²Viện nghiên cứu Y Dược học lâm sàng 108

³Bệnh viện RHMTW Hà Nội

⁴Đại học Văn Lang TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Ngọc Quảng Phi

Email: phi.tnq@vlu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2023

Ngày duyệt bài: 19.6.2023