

# ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VIÊM KHỚP LIÊN MẪU CỘT SỐNG THẮT LƯNG TRÊN SIÊU ÂM VÀ PHIM CỘNG HƯỞNG TỪ CỦA CÁC BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP LIÊN MẪU CỘT SỐNG THẮT LƯNG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Vi Thị Thơ<sup>1</sup>, Lưu Thị Bình<sup>2</sup>**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Mô tả hình ảnh tổn thương khớp liên mấu trên phim cộng hưởng từ và siêu âm cột sống thắt lưng của các bệnh nhân điều trị tại Khoa Cơ Xương bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 88 bệnh nhân được chẩn đoán viêm khớp liên mấu cột sống thắt lưng điều trị tại khoa Cơ Xương Khớp bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên trong thời gian từ 7/2022 đến tháng 7/2023. **Kết quả:** Nam 37(42,0%), nữ 51(58,0%). Tuổi  $68 \pm 13,02$  lớn nhất là 93 tuổi, nhỏ nhất là 30 tuổi. Tuổi trung bình của các bệnh nhân là  $68 \pm 13,02$  tuổi, tuổi trên 60 chiếm 79,5%. Thời gian diễn biến bệnh trung bình là  $65,2 \pm 52,2$  tháng, gần nhất là 1 tháng, lâu nhất là 120 tháng. Vị trí hay gặp viêm khớp liên mấu nhất là L4-L5 (75,0% MRI, 80% Siêu âm), KLM L3-L4 (67,0% MRI, 31,8% siêu âm). Trên MRI, tổn thương KLM độ 2 chiếm tỷ lệ nhiều nhất 50%. Tổn thương độ 1 và độ 3 là 25%; hình ảnh dịch khớp có tỷ lệ cao nhất chiếm 73,9%, gai xương 63,3%, hẹp khe khớp 61,4%, phù xương 60,2%. Trên siêu âm, chỉ phát hiện được dịch khớp chiếm 52,3%, gai xương chiếm 47,7%. 100% tổn thương viêm KLM phát hiện trên phim MRI được phát hiện trên siêu âm với tỷ lệ 92,0%. **Kết luận:** Viêm khớp liên mấu cột sống thắt lưng gặp chủ yếu ở nữ, tần suất tăng theo độ tuổi. Vị trí thường gặp viêm KLM là L4-L5. Tổn thương mức độ 2 chiếm 50%. Hình ảnh tổn thương hay gặp là dịch khớp, gai xương, hẹp khe khớp. MRI khả năng phát hiện nhiều tổn thương trong chẩn đoán viêm KLM hơn siêu âm.

**Từ khóa:** Viêm khớp liên mấu, cộng hưởng từ (MRI), cột sống thắt lưng (CSTL)

**SUMMARY**

## THE CHARACTERISTICS OF ULTRASOUND IMAGES AND MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN LUMBAR FACET OSTEOARTHRITIS PATIENTS TREATED AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

**Objectives:** Describing the images of facet joints on magnetic resonance imaging and ultrasound in the lumbar facet osteoarthritis patients treated at the Rheumatology Department, Thai Nguyen National

Hospital. **Subjects and methods:** Cross-sectional description of 88 patients diagnosed lumbar facet osteoarthritis at The Department, Thai Nguyen National Hospital during the period from July 2022 to July 2023. **Results:** Male 37(42.0%), female 51(58.0%). The oldest is 93 years old, the youngest is 30 years old. The average age of the patients is  $68 \pm 13.02$  years old, 79.5% patients are over 60 years old. The average duration of the disease is  $65.2 \pm 52.2$  months, the most recent is 1 month, the longest is 120 months. The most common location for facet joint osteoarthritis is L4-L5 (75.0% MRI, 80% Ultrasound), facet joint L3-L4 (67.0% MRI, 31.8% Ultrasound). On MRI, grade 2 facet joint lesions account for at most 50%. Grade 1 and grade 3 injuries are 25%; Joint fluid images have the highest rate of 73.9%, bone spurs 63.3%, joint space narrowing 61.4%, bone edema 60.2%. On ultrasound, only joint fluid was detected in 52.3% and bone spurs in 47.7%. 100% of facet joint inflammatory lesions detected on MRI were detected on ultrasound at a rate of 92.0%.

**Conclusion:** Lumbar facet joint arthritis occurs mainly in women, the frequency increases with age. The common location for facet joint inflammation is L4-L5. Level 2 injuries account for 50%. Common lesions are joint fluid, bone spurs, and joint space narrowing. MRI has higher sensitivity and specificity than ultrasound in diagnosing facet joint inflammation.

**Keywords:** Facet joint osteoarthritis, magnetic resonance imaging, lumbar spine.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Viêm khớp liên mấu là một cấu trúc bệnh lý có liên đến tổn thương sụn khớp và phì đại xương, nhưng quá trình mất dần chức năng khớp lại liên quan đến toàn bộ khớp, gồm có cả xương dưới sụn, sụn, dây chằng, bao hoạt dịch, các đốt sống quanh khớp cùng với các mô mềm. Triệu chứng chính của bệnh là đau lưng, đau tăng khi vận hoặc ưỡn người. Mặc dù không đe dọa trực tiếp tới tính mạng của người bệnh nhưng viêm khớp liên mấu lại ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày và chất lượng sống của bệnh nhân.

Trên lâm sàng có nhiều bệnh nhân bị đau CSTL vào viện được chẩn đoán viêm KLM, tuy nhiên trên thực tế, các trường hợp viêm KLM thường chỉ được chẩn đoán ở tuyến y tế có chụp MRI CSTL. Chính vì vậy, viêm KLM thường ít được quan tâm, chẩn đoán và điều trị ở tuyến y tế không có chuyên khoa cơ xương khớp.

Tại khoa cơ xương khớp bệnh viện Trung

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên

<sup>2</sup>Sở Y tế tỉnh Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Vi Thị Thơ

Email: thothoni94@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 11.3.2024

ương Thái Nguyên, trong những năm qua có nhiều trường hợp được chẩn đoán viêm KLM. Tuy vậy, chưa có thống kê, nghiên cứu nào về nhóm đối tượng này. Chính vì vậy, nhằm tư vấn, dự phòng có hiệu quả cho bệnh nhân chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Mô tả hình ảnh tổn thương khớp liên mấu trên phim cộng hưởng từ và siêu âm cột sống thắt lưng của các bệnh nhân điều trị tại Khoa Cơ Xương bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu 88 bệnh nhân được chẩn đoán viêm khớp liên mấu tại khoa Cơ Xương Khớp Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

**\*Tiêu chuẩn lựa chọn.** Bệnh nhân có triệu chứng đau cột sống thắt lưng từ ngang mức đốt sống L1 đến S1 đến khám và điều trị tại khoa và được:

- Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng có hình ảnh viêm khớp liên mấu

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

**\* Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân có tiền sử chấn thương cột sống thắt lưng, có tổn thương viêm đĩa đệm cột sống do vi khuẩn.

- Bệnh nhân không chụp được cộng hưởng từ cột sống thắt lưng.

- Bệnh nhân có bệnh nhiễm khuẩn cấp tính, ung thư, bệnh lý viêm khớp cột sống..

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:**

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả

Phương pháp thu thập số liệu: Tiễn cứu

Cách chọn mẫu: Chọn mẫu có chủ đích

Địa điểm: Khoa Cơ Xương Khớp bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

Thời gian: Từ tháng 7/2022 đến tháng 7/2023.

**2.2.2. Nội dung nghiên cứu:** Tất cả các bệnh nhân được hỏi bệnh, khám lâm sàng và chụp MRI CSTL có kết quả viêm KLM sẽ được cho siêu âm KLM CSTL theo các tiêu chí và biến số nghiên cứu sau:

- Đặc điểm chung:

- Tuổi, giới

- Thời gian xuất hiện triệu chứng: Bệnh xuất hiện (< 4 tuần), 4-12 tuần hoặc xuất hiện được 1 thời gian dài (> 12 tuần). Thời gian xuất hiện là khoảng thời gian từ khi bắt đầu triệu chứng đến thời điểm nghiên cứu.

- Cộng hưởng từ: được chụp bằng máy 1.5 Tesla của SIEMENS, kết quả được đọc bởi bác sĩ chuyên khoa Chẩn đoán hình ảnh bệnh viện

Trung ương Thái Nguyên

Hình ảnh tổn thương:

+ Vị trí: KLM L1-L2, L2-L3, L3-L4, L4-L5

+ Dịch quanh khớp: Trên hình ảnh MRI: ở xung T2 có tăng tín hiệu của nước cạnh khớp liên mấu.

+Gai xương: Trên MRI: Tín hiệu thấp trên tất cả các chuỗi xung, liên tục với thân đốt sống ở vị trí bờ ngoài khớp vị trí bao khớp bám vào. Đặc biệt dạng 'càng xe' bao quanh khớp khá đặc trưng [1].

+ Phù tủy xương: Thể hiện ở MRI, trên xung T1 giảm hoặc tín hiệu bình thường, trên xung T2 TIRM Sagittal và axial có tăng tín hiệu của xương do phù.

+ Phi đại xương: kích thước khớp liên mấu to hơn bình thường, thường kèm theo xơ xương dưới sụn.

+Hẹp khe khớp: Trên MRI: Bình thường khe khớp liên mấu từ 2-4mm, dưới 2mm được coi là hẹp khe khớp.

+ Nang khớp liên mấu: Thấy rõ trên xung T2, tổn thương dưới dạng nốt, hướng vào khớp liên mấu sau, giới hạn rõ, chất trong nang khớp có tín hiệu thay đổi chủ yếu là tín hiệu dịch. Một số nang có tín hiệu cao trên T1W do xuất huyết, chứa dịch nồng độ protein cao.

+ Phân độ viêm KLM trên MRI theo Weishaupt [7]

Phân độ	Tiêu chuẩn
Độ 1	Hẹp khe khớp nhẹ hoặc khe khớp không đều
Độ 2	Hẹp khe khớp vừa, đặc xương và/ hoặc hình thành gai xương và hoặc phi đại khớp
Độ 3	Hẹp khe khớp nặng, mất gần như hoàn toàn khe khớp, đặc xương và/ hoặc hình thành gai xương nặng và/ hoặc phi đại nặng khớp hoặc có nang

- Siêu âm CSTL: máy siêu âm Phillip 5.2, đầu dò Linear 5-13 Mhz, kết quả được đọc bởi các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh và cơ xương khớp có chứng chỉ siêu âm khớp.

Hình ảnh tổn thương trên siêu âm:

+ Gai xương: Hình ảnh tăng sáng của xương nối liền với thân đốt sống, có cản quang.

+ Dịch khớp: có hình ảnh trống âm biểu hiện dịch ở quanh khớp liên mấu CSTL.

**2.2.3. Xử lý số liệu:** Số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất. Phân tích và xử lý số liệu Sử dụng thuật toán thống kê y học và xử lý số liệu thu được bằng phần mềm SPSS 20.0

**2.3. Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên thông qua.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		Số lượng (n=88)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	37	42
	Nữ	51	58
	Nữ/ Nam	1,37	
Nhóm tuổi	<40	4	4,5
	40-59	14	15,9
	≥ 60	45	79,5
	X±SD (min-max)	68± 13,02 (30-93)	
Thời gian xuất hiện	< 4 tuần (Cấp tính)	29	33
	4 - 12 tuần (Bán cấp)	21	23,9
	>12 tuần (Mạn tính)	38	43,2
	X±SD	Ngắn nhất: 1 tuần Dài nhất: 480 tuần (120 tháng) Trung bình: 65,2 ± 52,2 tháng	

**Nhận xét:** Tỷ lệ nữ/nam là 1,37. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là 68± 13,02. Nhóm tuổi lớn hơn 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (79,5%), nhóm tuổi dưới 40 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất (4,5%), lớn nhất là 93 tuổi, nhỏ nhất là 30 tuổi.

**Bảng 2. Đặc điểm vị trí viêm khớp liên mấu trên siêu âm và cộng hưởng từ**

Vị trí	MRI (n=88)	Siêu âm (n=81)
	n (%)	n (%)
KLM L1-L2	1 (1,1)	1 (0,7)
KLM L2-L3	22 (25,0)	12 (8,1)
KLM L3-L4	59 (67,0)	47 (31,8)
KLM L4-L5	66 (75,0)	65 (80,0)
KLM L5-S1	43 (48,0)	31 (20,9)

**Nhận xét:** 100% bệnh nhân có viêm KLM trên phim MRI, trong đó có 81/88 (92,0%) bệnh nhân có viêm KLM trên siêu âm. Tổn thương nhiều nhất ở KLM L4-L5 sau đó đến L3-L4 và L5-S1.

**Bảng 3. Đặc điểm hình ảnh tổn thương viêm KLM phát hiện trên siêu âm**

Đặc điểm tổn thương	Số lượng (n=81)	Tỷ lệ (%)
Gai xương	52	47,7
Dịch khớp	57	52,3

**Nhận xét:** Có 81/88 bệnh nhân thấy tổn thương khớp liên mấu trên siêu âm, chiếm 92,04%. Trong đó, tổn thương gai xương là 51 người, chiếm 47,7%, tổn thương dịch khớp là 56 người chiếm 52,3%.

**Bảng 4. Hình ảnh tổn thương VKLM phát hiện trên phim chụp MRI**

Hình ảnh		Số lượng (n=88)	Tỷ lệ (%)
Tổn thương của VKLM	Dịch khớp	65	73,9
	Phù xương	53	60,2
	Phì đại khớp	34	38,6
	Gai xương	56	63,3
	Hẹp khe khớp	54	61,4
	Nang KLM	3	3,4
Tổn thương kèm theo VKLM	Rách vòng xơ	12	13,6
	Thoát vị, phồng ĐĐ	48	54,5
	Trượt đốt sống	6	6,8

**Nhận xét:** Tất cả bệnh nhân đều được chụp MRI CSTL và 100% có tổn thương KLM. Trong đó có 65 bệnh nhân có dịch khớp chiếm tỷ lệ cao 73,9%. Tổn thương gai xương có tỷ lệ nhiều chiếm 63,3%. Hẹp khe khớp, phù xương và phì đại xương lần lượt có tỷ lệ 61,4%, 60,2 và 38,6%.

**Bảng 6. Phân bố mức độ tổn thương KLM theo Weishaupt**

Mức độ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Độ 1	22	25
Độ 2	44	50
Độ 3	22	25
<b>Tổng</b>	<b>88</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tổn thương KLM độ 2 chiếm tỷ lệ nhiều nhất 50%. Tổn thương độ 1 và độ 3 có tỷ lệ bằng nhau, 25%.

**Bảng 5. So sánh độ nhạy và độ đặc hiệu khả năng phát hiện tổn thương viêm KLM của siêu âm và MRI**

Tổn thương	Siêu âm		MRI		p
	n	%	n	%	
Gai xương	52	47,7	56	63,3	0,008
Dịch khớp	57	52,3	65	73,9	0,9
Phì đại xương	-	-	34	38,6	
Hẹp khe khớp	-	-	54	61,4	
Phù xương	-	-	53	60,2	
Nang KLM	-	-	3	3,4	

**Nhận xét:** Khi so sánh cặp tỷ lệ về khả năng phát hiện độ nhạy và độ đặc hiệu tổn thương cùng loạt ta thấy khả năng phát hiện gai xương có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Tuy nhiên khả năng phát hiện dịch khớp không có ý nghĩa thống kê. Ngoài ra, MRI còn có ưu thế hơn hẳn trong việc phát hiện tổn thương phì đại xương, hẹp khe khớp, phù xương, nang KLM.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Qua nghiên cứu 88 bệnh nhân có viêm khớp liên mấu cột sống thắt lưng, chúng tôi

nhận thấy đa phần bệnh nhân là nữ, chiếm tỷ lệ 58%, tỷ lệ Nữ/Nam là 1,37. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là  $68 \pm 13,02$ , lớn nhất là 93, nhỏ nhất là 30. Chủ yếu nằm ở nhóm từ 60 tuổi trở lên (chiếm tới 79,5%). Nhóm tuổi từ 40– 59 chiếm 15,9%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Suri Suri P và cộng sự (2011) nữ chiếm 46,5% [8], hay trong nghiên cứu của Cohen SP và cộng sự (2007) nữ chiếm 53% [3]. Tương xứng với tác giả Linov (2013) tuổi trung bình là  $61,74 \pm 12,99$  tuổi [6] và nghiên cứu của Kalichman tỷ lệ nữ/ nam là 1,1, nhóm 60 tuổi trở lên chiếm 89,2% [5]. Theo nghiên cứu của Cohen (2008) độ tuổi trung bình là 54,2 tuổi [4].

Hơn nữa, khi qua 60 tuổi, chất lượng xương và sụn khớp suy giảm theo thời gian. Càng lớn tuổi, sức khỏe xương khớp càng đi xuống. Sụn khớp bị mòn dần đi dẫn đến sự tiếp xúc trực tiếp giữa các đầu xương, không những thế sụn bị ảnh hưởng bởi quá trình lão hóa nên mất đi tính đàn hồi và khả năng giảm chấn động. Những điều này đã tạo điều kiện cho viêm khớp xuất hiện ở người lớn tuổi. Thời gian xuất hiện bệnh là khoảng thời gian từ khi bắt đầu xuất hiện triệu chứng đau thắt lưng đến thời điểm nghiên cứu, thời gian này càng dài diễn biến bệnh càng lâu. Thời gian diễn biến trên 3 tháng chiếm tỷ lệ cao là 43,2%. Thời gian diễn biến bệnh trung bình của nhóm nghiên cứu là  $65,2 \pm 52,2$  tháng, trong đó gần nhất là 01 tháng, lâu nhất là 120 tháng. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Cohen SP và cộng sự với thời gian bị đau thắt lưng trung bình trong nghiên cứu của họ là 5,7 năm tương đương 68,4 tháng [4]. Nghiên cứu của Đinh Hà Giang (2018) là  $74,7 \pm 71,2$  tháng [1].

**4.2. Đặc điểm cộng hưởng từ và siêu âm.** Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân đều được chụp MRI và siêu âm khớp liên mấu CSTL và kết quả cho thấy viêm khớp liên mấu có thể gặp ở bất kỳ khớp nào, nhiều nhất ở khớp L4-L5 với 75% (trên phim MRI), 80% (trên siêu âm) sau đó đến khớp L3-L4 với tỷ lệ gặp trên MRI và siêu âm lần lượt là 67% và 31,2. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Kalichman và cộng sự (2008) tổn thương trên MRI gặp nhiều nhất ở khớp L4-L5 chiếm 66,7% [5]. Theo Nguyễn Thị Thoa (2016) tỷ lệ ở khớp L4-L5 là 91% [2]. Trên siêu âm, kết quả phù hợp với nghiên cứu của Đinh Hà Giang (2018) tỷ lệ là 84,6% [1].

Siêu âm có thể hiện thị rõ ràng các cấu trúc phần mềm, xương, của cột sống thắt lưng, do đó có thể đánh giá một cách chính xác các tổn

thương của vùng CSTL, tuy nhiên với những người có lớp mỡ dày sẽ bị hạn chế. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương dịch khớp chiếm 47,7%, tổn thương gai xương là 52,3%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đinh Hà Giang (2018) với tỷ lệ dịch khớp là 46,2% và gai xương là 53,9% [1].

Trên hình ảnh cộng hưởng từ khớp liên mấu, nghiên cứu của chúng tôi có 65/88 trường hợp có dịch khớp chiếm 73,9%, phù xương 53/88 chiếm 60,2%, gai xương 63,3%. Hẹp khe khớp là một yếu tố quan trọng để phân loại mức độ tổn thương viêm khớp theo Weishaupt [9], trong nghiên cứu của chúng tôi có 54/88 bệnh nhân tương ứng với 61,4% có hẹp khe khớp. Ngoài ra MRI còn khảo sát được các tổn thương khác của vùng cột sống thắt lưng, trong đó thoát vị đĩa đệm là hay gặp nhất chiếm 54,5%. Mức độ tổn thương khớp trên MRI được chúng tôi dựa theo tiêu chuẩn của Weishaupt được chia làm 3 độ, dựa trên mức độ hẹp khe khớp, gai xương hay nang. Trong nghiên cứu của chúng tôi tổn thương KLM độ 2 chiếm tỷ lệ nhiều nhất 50%. Tổn thương độ 1 và độ 3 có tỷ lệ bằng nhau, 25%. Kết quả này khác với nghiên cứu của Muqing Luo và cộng sự (2020) tỷ lệ viêm khớp độ 1 là 39%, độ 2 và 3 là 14,4%. Lý do có thể là do cách chọn đối tượng nghiên cứu khác nhau, chúng tôi chọn những bệnh nhân có triệu chứng đau CSTL để chụp MRI còn Muqing Luo chọn bệnh nhân có ngẫu nhiên để chụp MRI CSTL

Bảng 5 cho thấy có 7 dấu hiệu về khớp liên mấu có thể phát hiện trên các kỹ thuật từ siêu âm tới MRI. Việc phát hiện tổn thương dịch khớp và gai xương ở MRI có ưu thế hơn ở siêu âm. Sự chênh lệch này một phần phụ thuộc nhiều vào bác sĩ siêu âm và đọc MRI về khả năng phát hiện tổn thương. So sánh cặp tỷ lệ phát hiện tổn thương gai xương của hai kỹ thuật thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Dùng MRI để nhận định tổn thương KLM có ưu thế tuyệt đối hơn siêu âm trong nhận định tình trạng phù xương, nang KLM, hẹp khe khớp hay phì đại xương. Thuật ngữ "phù tuỷ" hay "phù xương" trong MRI cột sống ám chỉ tình trạng viêm có tăng sinh mạch kết hợp tăng tích dịch trong khu vực tổn thương. Khi đó MRI có thể dễ dàng quan sát thấy tình trạng này trên T2W, T2 Flair xoá mỡ (tăng tín hiệu). MRI ưu thế hơn trong phát hiện tổn thương KLM, tuy nhiên siêu âm với các ưu điểm như giá thành rẻ, phổ biến tại các tuyến cơ sở nên có thể thực hiện rộng rãi và phát hiện bệnh cho bệnh nhân.

## V. KẾT LUẬN

Viêm khớp liên mấu cột sống thắt lưng gặp chủ yếu ở nữ, tần suất tăng theo độ tuổi. Vị trí thương gặp viêm KLM là L4-L5. Tổn thương mức độ 2 chiếm 50%. Hình ảnh tổn thương hay gặp là dịch khớp, gai xương, hẹp khe khớp. MRI phát hiện được nhiều tổn thương trong chẩn đoán viêm KLM hơn siêu âm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đình Hà Giang;** (2018), Đánh giá hiệu quả của tiêm thâm phạm khớp liên mấu bằng corticosteroid dưới hướng dẫn siêu âm trong điều trị thoái hóa khớp liên mấu, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội Hà Nội.
2. **Nguyễn Thị Thoa;** (2016), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và quang thường quy của thoái hóa khớp liên mấu cột sống thắt lưng, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. **S. P. Cohen và S. N. Raja** (2007), "Pathogenesis, diagnosis, and treatment of lumbar zygapophysial (facet) joint pain", *Anesthesiology*. 106(3), pp. 591-614.
4. **S. P. Cohen and al.** (2008), "Lumbar zygapophysial (facet) joint radiofrequency denervation success as a function of pain relief during diagnostic medial branch blocks: a multicenter analysis", *Spine J.* 8(3), pp. 498-504.
5. **L. Kalichman and al.** (2008), "Facet joint osteoarthritis and low back pain in the community-based population", *Spine (Phila Pa 1976)*. 33(23), pp. 2560-5.
6. **L. Linov and al.** (2013), "Lumbar facet joint orientation and osteoarthritis: a cross-sectional study", *J Back Musculoskelet Rehabil.* 26(4), pp. 421-6.
7. **M. Pathria, D. J. Sartoris, D. Resnick** (1987), "Osteoarthritis of the facet joints: accuracy of oblique radiographic assessment", *Radiology*. 164(1), pp. 227-30.
8. **P. Suri and al.** (2011), "Does lumbar spinal degeneration begin with the anterior structures? A study of the observed epidemiology in a community-based population", *BMC Musculoskelet Disord.* 12, pp. 202.
9. **D. Weishaupt and al** (1999), "MR imaging and CT in osteoarthritis of the lumbar facet joints", *Skeletal Radiol.* 28(4), pp. 215-9.

## CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP

Hoàng Thị Thu Hà<sup>1</sup>, Lưu Thị Bình<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá chất lượng cuộc sống bằng thang điểm SF-36 và một số yếu tố liên quan ở các bệnh nhân viêm cột sống dính khớp điều trị tại Bệnh viện A và Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả chất lượng cuộc sống bằng thang điểm SF-36 của 34 bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm cột sống dính khớp (ASAS 2010) từ tháng 8 năm 2022 đến tháng 6 năm 2023. **Kết quả:** Điểm chất lượng cuộc sống bệnh nhân viêm cột sống dính khớp (SF-36) trung bình: 44,73 ± 10,91. Điểm sức khỏe thể chất trung bình: 38,45 ± 9,66, thấp hơn so với điểm sức khỏe tinh thần trung bình: 51,01 ± 12,78. 82,4% bệnh nhân có chất lượng cuộc sống ở mức trung bình, 17,6% ở mức thấp. Có mối tương quan nghịch giữa chất lượng cuộc sống (SF-36) và mức độ đau (VAS) ( $r_s = -0,358$ ,  $p = 0,038$ ), tình trạng viêm (CRP) ( $r_s = -0,472$ ,  $p = 0,005$ ), mức độ hoạt động bệnh (ASDAS-CRP) ( $r_s = -0,637$ ,  $p = 0,000$ ). Không tìm thấy mối liên quan với các yếu tố khác. **Kết luận:** Các bệnh nhân viêm cột sống dính khớp có chất lượng cuộc sống suy giảm. Có mối liên

quan giữa chất lượng cuộc sống và mức độ đau (VAS), tình trạng viêm (CRP), mức độ hoạt động bệnh (ASDAS-CRP) có ý nghĩa thống kê.

**Từ khóa:** Viêm cột sống dính khớp, chất lượng cuộc sống, SF-36.

### SUMMARY

#### QUALITY OF LIFE AND SOME RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS

**Aim:** Assessing quality of life using the SF-36 scale and some related factors in ankylosing spondylitis patients treated at A Hospital and Thai Nguyen National Hospital. **Subjects and methods:** Describing quality of life using the SF-36 scale of 34 patients with a confirmed diagnosis of ankylosing spondylitis (ASAS 2010) from August 2022 to June 2023. **Result:** The average quality of life score for patients with ankylosing spondylitis (SF-36): 44.73 ± 10.91. The average physical health score: 38.45 ± 9.66, lower than average mental health score: 51.01 ± 12.78. 82.4% of patients had average quality of life, 17.6% had low quality of life. There is a negative correlation between quality of life (SF-36) and pain level (VAS) ( $r_s = -0,472$ ,  $p = 0,005$ ), inflammation (CRP) ( $r_s = -0,472$ ,  $p = 0,005$ ), disease activity level (ASDAS-CRP) ( $r_s = -0,637$ ,  $p = 0,000$ ). No association was found with other factors. **Conclusion:** Patients with ankylosing spondylitis have a reduced quality of life; no patient has a high quality of life. There is a correlation between quality of life and pain

<sup>1</sup>Trường Đại học Y-Dược – Đại học Thái Nguyên

<sup>2</sup>Sở Y tế tỉnh Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Thu Hà

Email: hoangthithuhaydtn@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024