

COVID-19 hiện đang là căn bệnh được cả thế giới đặc biệt quan tâm. Người mắc COVID-19 thường gặp các triệu chứng như ho, sốt, đau đầu, đau họng, rát cổ, ngạt mũi, khó thở, đau tức ngực, đau mỏi người, đau cơ, mất vị giác, mất khứu giác....Diễn tiến bệnh thay đổi theo thời gian và một số người có thể diễn tiến bệnh nặng hơn, có các biến chứng nguy hiểm, thậm chí tử vong.<sup>5,6</sup>

Sau khi nhiễm virus SARS-CoV-2 do lây nhiễm từ người bệnh, thời gian ủ bệnh kéo dài từ 2 - 14 ngày, trung bình là 5 ngày. Trong thời gian này, người bệnh gần như không có triệu chứng gì nhưng virus vẫn tồn tại và có thể lây truyền bệnh. Sau thời gian ủ bệnh, triệu chứng sớm do virus SARS-CoV-2 gây ra sẽ xuất hiện vào từ 2 - 14 ngày kể từ khi tiếp xúc với virus. Triệu chứng của mỗi người có thể là khác nhau tùy theo thể virus cũng như khả năng miễn dịch của người bệnh. Triệu chứng thường gặp nhất ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu là sốt, chiếm tỷ lệ 52,4%; sau đó là mệt mỏi, đau cơ với 33,8% và ho là 11,7%. Các biểu hiện này tương tự bệnh nhân mắc cúm.

Các triệu chứng khác xuất hiện với triệu chứng ít gặp hơn gồm khó thở, mất khứu giác/vị giác và nôn/tiêu chảy. Các biểu hiện này tuy hiếm gặp hơn nhưng lại đặc trưng hơn cho nhiễm Covid như mất ngủ, mất vị giác. Khó thở là dấu hiệu nặng của bệnh. Mặc dù bệnh lây qua đường hô hấp nhưng sau đó virus xâm nhập vào toàn bộ cơ thể. Vì thế các triệu chứng có thể

biểu hiện ở nhiều cơ quan như thần kinh, tiêu hóa, thậm chí gây các tình trạng nặng như tổn thương tim, suy thận...

Nhược điểm của nghiên cứu này là triệu chứng hoàn toàn chủ quan do người bệnh kể. Các bác sỹ lâm sàng không thể khám trực tiếp. Điều này dẫn tới các triệu chứng trong nghiên cứu chỉ là các dấu hiệu cơ năng.

## V. KẾT LUẬN

Biểu hiện nhiễm COVID-19 giống biểu hiện của nhiễm virus đường hô hấp nói chung. Cần hỏi dịch tễ học tiếp xúc và làm các xét nghiệm đặc hiệu để chẩn đoán xác định bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bedford J., Enria D., Giesecke J., et al.** (2020). COVID-19: towards controlling of a pandemic. *Lancet*, 395(10229), 1015–1018.
2. **Full article:** The effects of atmospheric stability with low wind speed and of air pollution on the accelerated transmission dynamics of COVID-19. <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0207233.2020.1802937>>, accessed: 09/11/2021.
3. **Bộ Y tế** (2020), Quyết định Phê duyệt Đề án "Khám chữa bệnh từ xa" giai đoạn 2020 – 2025, Bộ Y tế, chủ biên, Bộ Y tế, Hà Nội.
4. **Trần Thu Giang** (2018), Ưu điểm và hạn chế của Telemedicine, Hà Nội, truy cập ngày 26/03-2021, tài trang web <https://evisit.com/>.
5. **WHO** (2021). Coronavirus disease (COVID-19). [https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1).
6. **McIntosh K** (2022). Covid-19: Clinical features. Up todate

## MỐI LIÊN QUAN GIỮA HÌNH ẢNH TỔN THƯƠNG CHỖM XƯƠNG ĐÙI TRÊN PHIM CỘNG HƯỞNG TỪ VỚI MỨC ĐỘ ĐAU VÀ GIAI ĐOẠN BỆNH HOẠI TỬ VÔ KHUẨN CHỖM XƯƠNG ĐÙI

Lê Thùy Dương<sup>1</sup>, Lưu Thị Bình<sup>2</sup>, Nguyễn Minh Núi<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định mối liên quan giữa đặc điểm hình ảnh tổn thương trên phim cộng hưởng từ với

mức độ đau và giai đoạn bệnh của các bệnh nhân hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 245 bệnh nhân (416 chỏm xương đùi) hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi tại các Bệnh viện Việt Đức, Bạch Mai, E và Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 1/2017 - 4/2022. **Kết quả:** Dấu hiệu đường đôi gặp nhiều nhất ở giai đoạn II (92,4%), phù tủy thường thấy nhất ở giai đoạn III (89,0%). 54,5% chỏm xương đùi giai đoạn I có vùng hoại tử dưới 15% diện tích chỏm xương đùi, 43,5% chỏm xương đùi giai đoạn II có vùng hoại tử trên 30% diện tích chỏm xương đùi. Gãy xương dưới sụn và xẹp chỏm xương đùi mức độ nhẹ (<15%) gặp nhiều nhất ở giai đoạn III của bệnh với tỷ lệ 26,5% và 60,2%; gãy xương dưới sụn

<sup>1</sup>Trường Cao đẳng Y tế Hải Phòng

<sup>2</sup>Sở Y tế tỉnh Thái Nguyên

<sup>3</sup>Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thùy Dương

Email: lethuyduong75@gmail.com

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thùy Dương

Email: lethuyduong75@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2023

Ngày duyệt bài: 7.3.2023

và xẹp chỏm xương đùi mức độ nặng (>30%) ở giai đoạn IV chiếm tỷ lệ cao nhất là 24,2% và 46,2%. Tỷ lệ phù tủy chỏm xương đùi và tràn dịch khớp háng tăng dần theo mức độ đau ( $p < 0,001$ ). Tỷ lệ khớp háng có triệu chứng đau mức độ nặng trên lâm sàng gặp ở 89,2% chỏm xương đùi có dấu hiệu phù tủy và 84,2% khớp háng có tràn dịch trên phim cộng hưởng từ. Tỷ lệ chỏm xương đùi có hình ảnh đường đôi trên cộng hưởng từ giảm dần theo mức độ đau khớp háng ( $p < 0,005$ ). **Kết luận:** Hình ảnh tổn thương trên cộng hưởng từ của chỏm xương đùi hoại tử có liên quan với mức độ đau và giai đoạn bệnh.

**Từ khóa:** Hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi, hoại tử vô mạch chỏm xương đùi, cộng hưởng từ, đau khớp háng.

## SUMMARY

### RELATIONSHIP BETWEEN THE LESION IMAGE ON THE MAGNETIC RESONANCE OF NECROTIC FEMORAL HEAD AND LEVEL OF PAIN AND DISEASE STAGE

**Objective:** To determine the relationship between the lesion characteristics on magnetic resonance image with pain level and disease stage of patients with aseptic necrosis of the femoral head.

**Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study on 245 patients (416 femoral heads) with aseptic necrosis of the femoral head at Viet Duc, Bach Mai, E and Thai Nguyen National Hospitals from Jan 2017 to May 2022. **Results:** Double line signs were most common in stage II (92.4%), bone marrow edema was most often seen in stage III (89.0%). 54.5% of femoral head stage I have necrosis area less than 15% of femoral head area, 43.5% of femoral head stage II have necrosis area of more than 30% of femoral head area. Mild subchondral fractures and femoral head collapse (<15%) were most common in stage III of the disease with rates of 26.5% and 60.2%; Severe subchondral fractures and femoral fractures (>30%) in stage IV accounted for the highest rates of 24.2% and 46.2%. The rate of femoral head bone marrow edema and hip effusion increased gradually with pain ( $p < 0.001$ ). The rate of hip with clinically severe pain was found in 89.2% of femoral head with signs of bone marrow edema and 84.2% of hip with effusion on magnetic resonance imaging. The proportion of femoral head with double line image on magnetic resonance decreased gradually with the degree of hip pain ( $p < 0.005$ ). **Conclusion:** Magnetic resonance imaging of necrotic femoral head is related to pain level and disease stage.

**Keywords:** Aseptic necrosis of the femoral head, avascular necrosis of the femoral head, magnetic resonance, hip pain.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hoại tử vô khuẩn hay còn gọi là hoại tử vô mạch chỏm xương đùi (HTVKCXĐ) là bệnh do sự gián đoạn cung cấp máu nuôi trên chỏm xương đùi. Phần xương dưới sụn chỏm xương đùi bị hoại tử sẽ làm xẹp lún cấu trúc hình cầu phần sụn khớp phía trên. Kết quả cuối cùng của quá

trình này là thoái hóa khớp háng thứ phát, mất chức năng của khớp háng, dẫn đến tàn phế. Tại Hoa Kỳ, có hơn 10.000 bệnh nhân mới mỗi năm, chiếm tới 10% tổng số ca thay khớp háng. Tỷ lệ mắc hàng năm ở Nhật Bản là 1,91/100.000 [1]. Tại Việt Nam, theo thống kê tại Khoa Khớp Bệnh viện Bạch Mai từ 1991-2000, bệnh đứng thứ 14/15 các bệnh khớp nội trú thường gặp. Bệnh nhân thường đến khám và điều trị khi bệnh đã ở giai đoạn có triệu chứng lâm sàng hoặc biến chứng với biểu hiện đau, hạn chế vận động khớp háng, đi lại khó khăn. Chẩn đoán bệnh dựa vào chụp X quang và cộng hưởng từ khớp háng, trong đó cộng hưởng từ là phương pháp chẩn đoán HTVKCXĐ có độ nhạy cao nhất (88%). Tại Việt Nam, HTVKCXĐ cũng đã được quan tâm nghiên cứu nhưng chưa có một đề tài với số mẫu lớn về hình ảnh cộng hưởng từ (CHT). Do vậy, đề tài này được thực hiện với mục tiêu xác định mối liên quan giữa đặc điểm hình ảnh tổn thương trên cộng hưởng từ với mức độ đau và giai đoạn bệnh của các bệnh nhân hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân HTVKCXĐ tại các Bệnh viện Bạch Mai, Việt Đức, Bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên, Bệnh viện E, từ tháng 1/2017 - 4/2022.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** Bệnh nhân được chẩn đoán HTVKCXĐ theo tiêu chuẩn ARCO 1993 và đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có chống chỉ định chụp cộng hưởng từ, tổn thương chỏm xương đùi và bệnh lý khớp háng kèm theo khác.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

**Phương pháp chọn mẫu:** Được tính theo công thức mô tả cắt ngang:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

n = Cỡ mẫu nghiên cứu

$Z^2_{(1-\alpha/2)}$ : Hệ số tin cậy ở mức xác suất 95% (=1,96)

d: Độ chính xác mong muốn (chọn d = 5%)

p: Trên phim cộng hưởng từ (CHT) phát hiện HTVKCXĐ 88% các trường hợp, lấy p= 0,88

=> Tính vào công thức trên sẽ được cỡ mẫu là: 163 bệnh nhân.

Trong quá trình nghiên cứu từ tháng 01/2017 - 04/2022 đề tài này thu thập được 245 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu.

**Nội dung và tiến hành nghiên cứu:** Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn được tiến hành thu

thập số liệu theo mẫu bệnh án thống nhất.

- Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân: Tuổi, giới, thời gian phát hiện bệnh, giai đoạn bệnh theo ARCO 1993.

- Đặc điểm lâm sàng:

Đánh giá mức độ đau khớp háng theo thang điểm Merl d' Aubigne (1 điểm: Đau nhiều, đau tăng về đêm, không hoạt động được; 2 điểm: Đau nhiều, tăng lên khi đi lại; 3 điểm: Đau nhiều, đi khập khiễng; 4 điểm: Chỉ đau khi đi lại, khập khiễng nhẹ; 5 điểm: Đau nhẹ, hoạt động gần như bình thường; 6 điểm: Bình thường).

- Hình ảnh tổn thương trên phim CHT được đọc tại Trung tâm Điện quang - Bệnh viện Bạch Mai, bao gồm các tổn thương:

Dấu hiệu đường đôi, phù tủy, tràn dịch khớp háng

Vùng tổn thương (Diện hoại tử, gãy xương dưới sụn, xẹp chỏm xương đùi) chia thành 3 mức độ: < 15%, 15-30%, > 30%.

**2.3. Xử lý số liệu.** Các số liệu thu thập được xử lý theo thuật toán thống kê trên máy vi tính sử dụng phần mềm SPSS 16.0, dữ liệu được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm với biến định tính, dạng trung bình ± độ lệch chuẩn với biến định lượng có phân phối chuẩn. Để so sánh sự khác biệt các tỷ lệ % chúng tôi sử dụng test  $\chi^2$ , Fisher's exact. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị kiểm định  $p < 0,05$ .

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Trong thời gian từ 01/2017 -

4/2022 có 245 bệnh nhân (BN) với 416 chỏm xương đùi (CXĐ) hoại tử đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu là 50,93, nhóm tuổi 50 -<60 chiếm tỷ lệ cao nhất (29,0%), tỷ lệ BN nam/nữ là 4,7/1, thời gian bị bệnh trung bình là 10,17 tháng (0 - 120 tháng).

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cộng hưởng từ**

Đặc điểm		CXĐ (n=416)	Tỷ lệ (%)
Đau khớp háng	Nặng (1-3 điểm)	259	62,3
	Nhẹ - Trung bình (4-5 điểm)	102	24,5
	Bình thường (6 điểm)	55	13,2
	Điểm đau trung bình	<b>3,32 ± 1,41</b>	
Giai đoạn hoại tử (ARCO)	I	11	2,7
	II	92	22,1
	III	181	43,5
	IV	132	31,7
Hình ảnh tổn thương CXĐ trên CHT	Phù tủy	334	80,3
	Đường đôi	298	71,6
	Tràn dịch	283	68,0
	Gãy xương dưới sụn	152	36,5
	Xẹp chỏm	281	67,5

**Nhận xét:** Đau khớp háng mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao nhất 62,3%. Tổn thương CXĐ ARCO giai đoạn III gặp nhiều nhất (43,5%). Các hình ảnh tổn thương CXĐ thường gặp trên CHT là phù tủy chiếm 80,3%, tràn dịch 68,0%, xẹp chỏm 67,5% và đường đôi 71,6%.

**3.2. Liên quan giữa hình ảnh CHT HTVKCXĐ với mức độ đau khớp háng**

**Bảng 2. Liên quan giữa mức độ đau khớp háng với diện hoại tử của chỏm xương đùi trên phim cộng hưởng từ ở giai đoạn sớm (Giai đoạn I + II) của bệnh**

Mức độ đau	Không đau		Nhẹ - trung bình		Nặng	
	CXĐ	%	CXĐ	%	CXĐ	%
< 15% CXĐ	10	30,3	10	21,3	1	4,3
15-30% CXĐ	13	39,4	16	34,0	10	43,5
> 30% CXĐ	10	30,3	21	44,7	12	52,2
<b>Tổng</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>
<b>p</b>	<b>&gt; 0,05</b>					

Chú thích: Theo Bảng 1, có 103 CXĐ hoại tử ở giai đoạn I và II theo phân loại ARCO

**Nhận xét:** CXĐ có diện hoại tử > 30% có tỷ lệ cao nhất, chiếm 52,2% khớp háng đau mức độ nặng.

**Bảng 3. Liên quan giữa mức độ đau khớp háng với hình ảnh tổn thương chỏm xương đùi hoại tử trên phim cộng hưởng từ**

Dấu hiệu	Mức độ đau	Không đau (n=55)		Nhẹ - trung bình (n=102)		Nặng (n=259)		p
		CXĐ	%	CXĐ	%	CXĐ	%	
Đường đôi	Có	49	89,1	78	76,5	171	66,0	p<0,005
	Không	6	10,9	24	23,5	88	34,0	
Phù tủy	Có	34	61,8	69	67,6	231	89,2	p<0,001
	Không	21	38,2	33	32,4	28	10,8	
Tràn dịch	Có	16	29,1	49	48,0	218	84,2	p<0,001
	Không	39	70,9	53	52,0	41	15,8	

**Nhận xét:** Tỷ lệ khớp háng có triệu chứng đau mức độ nặng trên lâm sàng gặp ở 89,2% CXĐ có dấu hiệu phù tủy và 84,2% khớp háng có tràn dịch trên phim CHT. Tỷ lệ CXĐ có phù tủy và khớp háng có tràn dịch tăng dần theo mức độ đau khớp háng ( $p < 0,001$ ). Tỷ lệ CXĐ có hình ảnh đường đôi trên CHT giảm dần theo mức độ đau khớp háng ( $p < 0,005$ ).

**Bảng 4. Đối chiếu mức độ đau khớp háng với hình ảnh tổn thương chòm xương đùi hoại tử trên cộng hưởng từ trên phim cộng hưởng từ ở giai đoạn muộn (Giai đoạn III + IV) của bệnh**

Dấu hiệu	Mức độ đau	Không đau (n = 22)		Nhẹ - trung bình (n = 55)		Nặng (n = 236)		p
		CXĐ	%	CXĐ	%	CXĐ	%	
Gãy xương dưới sụn	Có	7	31,8	25	45,5	120	50,8	$p > 0,05$
	Không	15	68,2	30	54,5	116	49,2	
Xẹp chỏm	Có	9	40,9	42	76,4	230	97,5	$p < 0,001$
	Không	13	59,1	13	23,6	6	2,5	

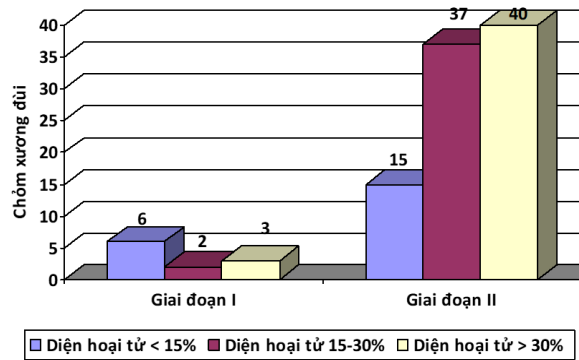
**Ghi chú:** Theo Bảng 1, có 313 CXĐ hoại tử ở giai đoạn III và IV theo phân loại ARCO, dấu hiệu gãy xương dưới sụn, xẹp chỏm chỉ có ở các giai đoạn này.

**Nhận xét:** Tỷ lệ CXĐ có hình ảnh gãy xương dưới sụn và xẹp chỏm trên phim CHT tăng dần theo mức độ đau. Tỷ lệ khớp háng có triệu chứng đau mức độ nặng trên lâm sàng gặp ở 97,5% CXĐ có dấu hiệu xẹp chỏm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ).

**3.3. Liên quan giữa hình ảnh trên phim cộng hưởng từ với giai đoạn bệnh HTVKCXĐ**

**Nhận xét:** - Giai đoạn I của bệnh thường gặp vùng hoại tử dưới 15% diện CXĐ, chiếm 54,5%.

- CXĐ ở giai đoạn II có vùng hoại tử trên 30% diện CXĐ chiếm tỷ lệ cao (43,5%).



**Biểu đồ 1. Diện tổn thương hoại tử trên chòm xương đùi ở giai đoạn sớm của bệnh (ARCO giai đoạn I, II)**

**Ghi chú:** Theo Bảng 1, có 103 CXĐ hoại tử ở giai đoạn I và II theo phân loại ARCO

**Bảng 5. Các hình ảnh tổn thương chòm xương đùi hoại tử trên cộng hưởng từ theo giai đoạn bệnh (phân loại ARCO)**

Hình ảnh	Giai đoạn	Giai đoạn sớm (n=103)			Giai đoạn muộn (n=313)			p
		I	II	Tổng	III	IV	Tổng	
Đường đôi n (%)		9 (81,8)	85 (92,4)	94 (91,3)	125 (69,1)	79 (59,8)	204 (65,2)	$p < 0,001$
Phù tủy n (%)		3 (27,3)	57 (62,0)	60 (58,3)	161 (89,0)	113 (85,6)	274 (87,5)	$p < 0,001$
Tràn dịch khớp háng n (%)		1 (9,1)	27 (29,3)	28 (27,2)	138 (76,2)	117 (88,6)	255 (81,5)	$p < 0,001$

**Nhận xét:** Dấu hiệu đường đôi gặp nhiều nhất ở giai đoạn II (89,7%), ở giai đoạn sớm nhiều hơn giai đoạn muộn ( $p < 0,001$ ). Dấu hiệu phù tủy thường thấy nhất ở giai đoạn III, ở giai đoạn muộn nhiều hơn giai đoạn sớm ( $p < 0,001$ ).

**Bảng 6. Hình ảnh tổn thương hoại tử chòm xương đùi trên phim cộng hưởng từ ở giai đoạn muộn của bệnh (ARCO giai đoạn III, IV)**

Dấu hiệu	Giai đoạn	III (n=181)		IV (n=132)		Tổng (n = 313)		p
		CXĐ	%	CXĐ	%	CXĐ	%	
Gãy xương dưới sụn	<15%	48	26,5	8	6,1	56	17,9	$p < 0,001$
	15%-30%	24	13,3	10	7,6	34	10,9	
	>30%	30	16,6	32	24,2	62	19,8	
Xẹp chỏm	<15%	109	60,2	16	12,1	125	39,9	$p < 0,001$

	15%-30%	31	17,1	55	41,7	86	27,5	
	>30%	5	2,8	61	46,2	66	21,1	

Ghi chú: Theo Bảng 1, có 313 CXĐ hoại tử ở giai đoạn III và IV theo phân loại ARCO, dấu hiệu gãy xương dưới sụn, xẹp chỏm chỉ có ở các giai đoạn này.

**Nhận xét:** Gãy xương dưới sụn mức độ nhẹ (<15%) gặp nhiều nhất ở giai đoạn III của bệnh với tỷ lệ 26,5%, gãy xương dưới sụn mức độ nặng (>30%) ở giai đoạn IV chiếm tỷ lệ cao nhất là 24,2%. Đa phần CXĐ giai đoạn III có xẹp chỏm mức độ nhẹ (60,2%). Giai đoạn IV thường có xẹp CXĐ mức độ nặng, chiếm tỷ lệ 46,2%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung của đôi tượng nghiên cứu.** Tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu là 50,93, tương tự với kết quả nghiên cứu của Kazuma (50,4 tuổi), nhóm tuổi 50 -<60 chiếm tỷ lệ cao nhất (29,0%) [2]. Tỷ lệ BN nam/nữ là 4,7/1, Harsha Vardhan nghiên cứu trên 249 BN cũng có tỷ lệ nam/nữ là 5/1 [3]. Điều này có thể được giải thích do nam giới có yếu tố nguy cơ hay gặp nhất của bệnh liên quan đến lạm dụng rượu. Thời gian bị bệnh trung bình là 10,17 tháng, tương tự kết quả của Lưu Thị Bình là 10,3 tháng [4].

Đau khớp háng mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao nhất 62,3%, điểm đau trung bình theo thang điểm Merl d' Aubigne là 3,32. Nghiên cứu của Lưu Thị Bình cũng cho kết quả tương ứng là 58,6% và 3,5 điểm [4]. Tỷ lệ đau nặng có thể do bệnh nhân đến viện ở giai đoạn muộn, gặp nhiều nhất ở giai đoạn III (43,5%) và giai đoạn IV (31,7%). Các nghiên cứu trong khu vực cho thấy bệnh nhân đến viện ở giai đoạn II gặp tỷ lệ cao nhất: Harsha Vardhan (Bắc Ấn Độ) báo cáo năm 2018 (48%), Biao Tan (Trung Quốc) công bố năm 2021 (31,99%) [3], [5].

Các hình ảnh tổn thương CXĐ thường gặp trên CHT là phù tủy chiếm 80,3%, tràn dịch 68,0%, xẹp chỏm 67,5% và đường đôi 71,6%.

**4.2. Liên quan giữa hình ảnh CHT HTVKCXĐ với mức độ đau khớp háng.** Khớp háng đau mức độ nặng có hình ảnh phù tủy và tràn dịch trên CHT chiếm tỷ lệ rất cao

(89,2% và 84,2%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Nghiên cứu của Huang trên 110 CXĐ bị hoại tử thấy BN có phù tủy, tràn dịch bị đau nhiều hơn 12,6 lần so với BN không có các tổn thương này trên CHT [6]. Hatanaka khi nghiên cứu trên 36 CXĐ hoại tử có triệu chứng lâm sàng và 77 CXĐ không triệu chứng cũng kết

luận tỷ lệ phù tủy, tràn dịch ở nhóm có triệu chứng lâm sàng cao hơn có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$  [7]. NC của chúng tôi có kết quả hình ảnh đường đôi giảm dần theo mức độ đau, điều này có thể được giải thích do dấu hiệu này thường thấy ở giai đoạn sớm, khi chưa có dấu hiệu gãy xương dưới sụn hoặc xẹp chỏm. Ở giai đoạn sớm của bệnh, chúng tôi thấy khớp háng đau mức độ nặng có diện hoại tử > 30% CXĐ có tỷ lệ cao nhất (52,2%). Ở giai đoạn muộn của bệnh, tỷ lệ CXĐ có hình ảnh gãy xương dưới sụn và xẹp chỏm trên phim CHT tăng dần theo mức độ đau. Tỷ lệ khớp háng có triệu chứng đau mức độ nặng trên lâm sàng gặp ở 97,5% CXĐ có dấu hiệu xẹp chỏm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Tác giả Belmar CJ cũng cho rằng những CXĐ bị xẹp thường có đau và đau nặng hơn những CXĐ không có xẹp [8]. Nghiên cứu của Hatanaka có tỷ lệ gãy xương dưới sụn 34,8% (16/46) ở nhóm có triệu chứng đau và 0% trong nhóm không có triệu chứng, cho thấy sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm ( $p < 0,0001$ ) [7].

**4.3. Liên quan giữa hình ảnh CHT HTVKCXĐ với giai đoạn bệnh.** Kết quả ở bảng 5 cho thấy dấu hiệu đường đôi gặp nhiều nhất ở giai đoạn II (92,4%), ở giai đoạn sớm nhiều hơn giai đoạn muộn, phù tủy thường thấy nhất ở giai đoạn III (89,0%), ở giai đoạn muộn nhiều hơn giai đoạn sớm ( $p < 0,001$ ). Một số tác giả khác cũng gặp tỷ lệ phù tủy xương cao nhất ở giai đoạn III như của nghiên cứu Huang (72%), Lưu Thị Bình (90,8%) [4], [6].

Giai đoạn I của bệnh thường gặp vùng hoại tử dưới 15% diện CXĐ, chiếm 54,5%. Giai đoạn II của bệnh gặp tỷ lệ tăng dần theo mức độ lan rộng của vùng hoại tử và 43,5% có vùng hoại tử chiếm trên 30% diện CXĐ (Biểu đồ 1). Diện tổn thương trên CXĐ ở giai đoạn sớm có liên quan chặt chẽ tới quá trình diễn biến của bệnh, đặc biệt là sự liên quan tới có hay không có xẹp CXĐ và có giá trị tiên lượng tới sự thành công hay thất bại của phương pháp điều trị bảo tồn.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có gãy xương dưới sụn mức độ nhẹ gặp nhiều nhất ở giai đoạn III của bệnh với tỷ lệ 26,5%, gãy xương dưới sụn mức độ nặng (>30%) ở giai đoạn IV chiếm tỷ lệ cao nhất là 24,2%. CXĐ có gãy xương dưới sụn mức độ nặng thì hậu quả sẽ dẫn tới xẹp chỏm, do đó hình ảnh gãy xương dưới sụn sẽ bị mất đi thay vào đó là CXĐ bị xẹp. Đa phần CXĐ giai đoạn III có xẹp chỏm mức độ nhẹ (60,2%). 100% CXĐ giai đoạn IV có xẹp

chỏm, mức độ nặng chiếm tỷ lệ 46,2%. CXĐ bị xẹp, và vùng bị xẹp sẽ lan rộng gây phá huỷ cấu trúc CXĐ, thoái hoá khớp háng thứ phát, đây là tổn thương đặc trưng của giai đoạn cuối này. Nghiên cứu của Lưu Thị Bình cũng gặp gãy xương dưới sụn, chủ yếu là ở giai đoạn III, tỷ lệ CXĐ bị xẹp là 85,7%, trong đó giai đoạn IV có tỷ lệ xẹp chỏm là 100% [4].

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ CXĐ có phù tủy, xẹp chỏm và khớp háng có tràn dịch tăng dần theo mức độ đau khớp háng ( $p < 0,001$ ). Dấu hiệu đường đôi gặp nhiều nhất ở giai đoạn II (89,7%), ở giai đoạn sớm nhiều hơn giai đoạn muộn ( $p < 0,001$ ). Dấu hiệu phù tủy thường thấy nhất ở giai đoạn III, ở giai đoạn muộn nhiều hơn giai đoạn sớm ( $p < 0,001$ ). Gãy xương dưới sụn mức độ nhẹ ( $< 15\%$ ) gặp nhiều nhất ở giai đoạn III của bệnh với tỷ lệ 26,5%, gãy xương dưới sụn mức độ nặng ( $> 30\%$ ) ở giai đoạn IV chiếm tỷ lệ cao nhất là 24,2%. Đa phần CXĐ giai đoạn III có xẹp chỏm mức độ nhẹ (60,2%). Giai đoạn IV thường có xẹp CXĐ mức độ nặng, chiếm tỷ lệ 46,2%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hines, J. T., et al. (2021), "Osteonecrosis of the Femoral Head: an Updated Review of ARCO on Pathogenesis, Staging and Treatment", J Korean Med Sci. 36(24), p. e177.
2. Ikeuchi, K., et al. (2015), "Epidemiology of nontraumatic osteonecrosis of the femoral head in Japan", Mod Rheumatol. 25(2), pp. 278-81.
3. Vardhan, H., et al. (2018), "Epidemiological Profile of Femoral Head Osteonecrosis in the North Indian Population", Indian J Orthop. 52(2), pp. 140-146.
4. Lưu Thị Bình (2011), Nghiên cứu lâm sàng và chẩn đoán hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi ở người lớn, Luận án tiến sĩ Y học, Học viện Quân YV.
5. Tan, B., et al. (2021), "Epidemiological Study Based on China Osteonecrosis of the Femoral Head Database", Orthop Surg. 13(1), pp. 153-160.
6. Huang, G. S., et al. (2003), "MR imaging of bone marrow edema and joint effusion in patients with osteonecrosis of the femoral head: relationship to pain", AJR Am J Roentgenol. 181(2), pp. 545-9.
7. Hatanaka, H., et al. (2019), "Differences in magnetic resonance findings between symptomatic and asymptomatic pre-collapse osteonecrosis of the femoral head", Eur J Radiol. 112, pp. 1-6.
8. Belmar, C. J., Steinberg, M. E., and Hartman-Sloan, K. M. (2004), "Does pain predict outcome in hips with osteonecrosis?", Clin Orthop Relat Res(425), pp. 158-62.

## NĂNG LỰC CUNG CẤP DỊCH VỤ LIÊN QUAN ĐẾN MA TÚY VÀ HIV/AIDS CỦA CÁN BỘ TRẠM Y TẾ XÃ TẠI TỈNH PHÚ THỌ

Lê Mạnh Hùng<sup>1</sup>, Phạm Đức Mạnh<sup>1</sup>, Nguyễn Anh Tuấn<sup>2</sup>,  
Đoàn Thị Nguyệt Minh<sup>3</sup>, Nguyễn Hữu Thắng<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng năng lực cung cấp dịch vụ liên quan đến ma túy và HIV/AIDS của cán bộ trạm y tế xã tại tỉnh Phú Thọ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 150 cán bộ trạm y tế xã tại tỉnh Phú Thọ. **Kết quả:** Có 150 cán bộ y tế đang công tác tại 30 trạm y tế khác nhau trên địa bàn tỉnh Phú Thọ đã tham gia nghiên cứu với tỷ lệ nam: nữ xấp xỉ 3,5:1. Thời gian công tác trung bình tại trạm y tế xã là 11,4±10,1 năm. Phần lớn cán bộ y tế có hiểu biết đúng nhưng chưa đầy đủ về chương trình MMT. Các dịch vụ, trang thiết bị đang được cung cấp và thái độ của nhân viên y tế đối với khách hàng còn nhiều hạn

chế. **Kết luận:** Cần tăng cường đào tạo nhằm nâng cao kiến thức chuyên môn, cải thiện thái độ của CBYT xã/phường tham gia công tác phòng, chống HIV/AIDS tại địa phương, đặc biệt là những cán bộ trực tiếp tiếp xúc, tư vấn và điều trị cho đối tượng.

**Từ khóa:** Năng lực, Cán bộ y tế, y tế xã, HIV/AIDS, ma túy

### SUMMARY

#### CAPACITY TO PROVIDE SERVICES RELATED TO DRUGS AND HIV/AIDS OF COMMUNE HEALTH STATION STAFF IN PHU THO PROVINCE

**Objective:** To describe the current situation of capacity to provide services related to drugs and HIV/AIDS of commune health station staff in Phu Tho province. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 150 commune health station staff in Phu Tho province. **Results:** There were 150 health workers working at 30 different health stations in Phu Tho province participated in the study with a male: female ratio of approximately 3.5:1. The average working time at the commune health station is 11.4±10.1 years. The majority of

<sup>1</sup>Cục phòng chống HIV/AIDS, Bộ Y tế

<sup>2</sup>Viện vệ sinh Dịch tễ Trung Ương

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Mạnh Hùng

Email: manhhunglevaac@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023