

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH TỔN THƯƠNG TRÊN PHIM XQUANG - CỘNG HƯỞNG TỪ Ở BỆNH NHÂN HOẠI TỬ VÔ KHUẨN CHỖM XƯƠNG ĐÙI

Nguyễn Hải Niên\*, Nguyễn Tuấn Anh\*

### TÓM TẮT

Hoại tử vô khuẩn chỗm xương đùi (HTVKCXĐ) là một nguyên nhân phổ biến của khuyết tật cơ xương khớp, đặt ra thách thức lớn về chẩn đoán và điều trị. Kỹ thuật chụp cộng hưởng từ là một kỹ thuật mới, hiện đại có khả năng chẩn đoán được bệnh với độ nhạy, độ đặc hiệu cao hơn hẳn các phương pháp khác. Nghiên cứu được tiến hành dựa trên kết quả chẩn đoán hình ảnh phim Xquang và phim cộng hưởng từ (CHT) của 60 đối tượng. Kết quả chúng tôi chỉ ra rằng nhóm tuổi 31-59 mắc HTVKCXĐ chiếm tỷ lệ lớn nhất 70.0% và tỷ lệ bệnh nhân nam giới mắc với tỷ lệ cao 86.67%. Tỷ lệ phát hiện HTVK trên phim Xquang chỉ đạt 65.45% trong số bệnh nhân đã được chẩn đoán HTVK. Có 76.67% bị tổn thương hai bên chỗm xương đùi. Hình ảnh ổ đặc xương kèm khuyết xương 83.33%, xẹp chỗm xương đùi 69.44% và hình ảnh đặc xương 27.77% được quan sát thấy trên phim Xquang. Hình ảnh phù tủy xương trên xung T2-Pd với 66.98% và tràn dịch khớp háng chiếm 68.86% chỗm xương đùi, xẹp chỗm xương đùi chiếm 59.43%, và gãy xương dưới sụn chiếm 52.83% được quan sát thấy trên phim CHT. Giai đoạn sớm cho thấy hình ảnh dải giảm tín hiệu trên T1 chiếm 81.81%, hình ảnh phù xương trên xung T2-Pd chiếm 77.27%, hình ảnh đường đôi trên T2-Pd và hình ảnh tràn dịch khớp háng chiếm 72.72%. Giai đoạn muộn cho thấy hình ảnh xẹp chỗm chiếm 75.0%, phù tủy xương và tràn dịch khớp háng 67.85% và 64.28%.

### SUMMARY

#### THE STUDY ON IMAGING CHARACTERISTICS OF AVASCULAR NECROSIS OF THE FEMORAL HEAD IN XRAY AND MAGNETIC RESONANCE IMAGING

Avascular necrosis (AVN) of the femoral head is a common cause of musculoskeletal defects, posing a major challenge in diagnosis and treatment. Magnetic resonance imaging technique is a new, modern technique capable of diagnosing diseases with a higher sensitivity and specificity than other methods. The study was conducted based on the diagnostic results of X-ray images and magnetic resonance images (MRI) of 60 subjects. Our results indicated that the age group 31-59 with AVN of the femoral head accounts for the largest proportion of 70.0% and the proportion of male patients with high prevalence is 86.67%. The rate of detection of avascular femoral AVN on X-ray film was only 65.45% of patients

diagnosed with avascular femoral capillary necrosis. There is 76.67% of injuries on both sides of femoral head. The image of bone density with bone defects 83.33%, the femur fractures 69.44% and the image of bone density 27.77% were observed on X-ray film. The image of T2-Pd bone marrow edema with 66.98% and hip effusion accounted for 68.86% of femoral head, collapsed femur accounted for 59.43%, and subar cartilage fracture accounted for 52.83% was observed on MRI film. The early stage showed that the image of the signal reduction band on T1 accounted for 81.81%, the image of bone edema on pulse T2-Pd accounted for 77.27%, the double-line image on T2-Pd and the image of hip effusion accounted for 72.72%. The later stage showed that the defect images accounted for 75.0%, bone marrow edema and hip hydroceles 67.85% and 64.28%.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hoại tử vô khuẩn chỗm xương đùi (HTVKCXĐ) hay còn gọi là hoại tử vô mạch (Avascular Necrosis) chỗm xương đùi là bệnh có tổn thương hoại tử tế bào xương và tủy xương do thiếu máu nuôi trên chỗm xương đùi. Bệnh thường xuất hiện sau các trường hợp bị chấn thương chỗm xương đùi, hoặc thường thấy ở nhóm các bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ kèm theo, đặc biệt tỷ lệ mắc bệnh rất cao ở các trường hợp có sử dụng steroid và nghiện rượu. Bệnh gặp ở nam nhiều hơn nữ, lứa tuổi thường gặp từ 30-59 tuổi, tỷ lệ nam/ nữ là 8/1 [3]. Tại Hoa Kỳ, mỗi năm có khoảng 10.000-20.000 trường hợp HTVKCXĐ được phát hiện mới, đa số trong đó có tiền sử sử dụng steroid (35-40%) hoặc nghiện rượu (20-40%) [4]. Tại Việt Nam, HTVKCXĐ cũng được phát hiện nhiều hơn, bệnh chiếm 2,28% các bệnh về khớp (bệnh viện Bạch Mai từ 1991-2000) [5]. Ở Việt Nam trước đây hoại tử vô khuẩn chỗm xương đùi không được chú ý đến, nhưng trong những năm gần đây bệnh có xu hướng ngày càng gia tăng và ngày càng được phát hiện nhiều hơn. Trong những năm gần đây, sự phát triển nhanh các thiết bị số hoá trong lĩnh vực y tế, các trang thiết bị hiện đại như chụp cắt lớp vi tính (CLVT), xạ hình xương và đặc biệt là sự phát triển của kỹ thuật chụp cộng hưởng từ (CHT) nên việc chẩn đoán HTVKCXĐ đã trở nên dễ dàng, thuận tiện hơn, tạo điều kiện cho việc điều trị, theo dõi và tiên lượng bệnh nhân [6][7]. Chụp Cộng hưởng (CHT) từ được coi là một kỹ thuật mới, hiện đại có khả năng chẩn đoán được bệnh ở giai đoạn

\*Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hải Niên

Email: nguyenhainien1981@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 24.2.2021

Ngày duyệt bài: 8.3.2021

rất sớm với độ nhạy, độ đặc hiệu cao hơn hẳn các phương pháp khác. Kích thước tổn thương, vùng hoại tử có thể được đánh giá một cách dễ dàng hơn, giúp ích cho việc tiên lượng, chỉ định điều trị bệnh được chính xác theo từng giai đoạn. Đặc biệt là giúp phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm để có thể áp dụng được các phương pháp điều trị bảo tồn hiệu quả, trì hoãn được thời gian phải thay khớp háng cho người bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm hình ảnh tổn thương trên phim Xquang - Cộng hưởng từ ở bệnh nhân hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1 Đối tượng nghiên cứu:** Các bệnh nhân đến khám và điều trị HTVKCXĐ tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hải Dương từ tháng 8/2019 đến tháng 05/2020.

**2.2 Tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ:** Bệnh nhân có chỉ định chụp XQ hoặc đã có phim chụp Xquang khung chậu (khớp háng) và chụp CHT khớp háng (được chẩn đoán theo dõi HTVKCXĐ). Loại những bệnh nhân có bệnh lý xương không phải HTVK.

### 2.3 Tiến trình thu thập số liệu

- Xác định thông tin của bệnh nhân đến khám, các bệnh nhân này được chọn theo tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu.

- Tiến hành chụp XQ (nếu có chỉ định), CHT với các thông số chuẩn để đề ra về sử dụng chuỗi xung, hướng cắt, độ dày lớp cắt, bước nhảy, trường nhìn, ma trận nhằm thu thập các hình ảnh rõ nhất của HTVKCXĐ và hạn chế cao nhất các yếu tố gây nhiễu do lỗi kỹ thuật chụp CHT gây ra.

- Thu thập hình ảnh XQ (cả bệnh nhân có chỉ định chụp và bệnh nhân đã có phim chụp khớp háng), CHT. Xem kết quả chẩn đoán của bác sĩ khoa CĐHA, và ghi lại nhận xét về hình ảnh HTVKCXĐ trên phiếu điều tra.

**2.4 Xử lý số liệu:** Nhập dữ liệu trên Microsoft Excel 2016 và sử dụng phần mềm thống kê SPSS 20.0

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3.1. Phân bố tỷ lệ bệnh nhân HTVKCXĐ theo nhóm tuổi**

Nhóm	Tuổi	Số lượng bệnh nhân (n=60)	Tỷ lệ (%)
1	=<30	2	3.33
2	31-59	42	70.0
3	>=60	16	26.67

**Nhận xét:** Nhóm tuổi từ 31–59 có tỷ lệ mắc cao chiếm 70.0%, nhóm tuổi >=60 có tỷ lệ mắc với 26.67% và nhóm tuổi <=30 chỉ chiếm 3.33%. Độ tuổi trung bình mắc bệnh HTVKCXĐ là 51.87.

**Bảng 3.2. Phân bố tỷ lệ bệnh nhân HTVKCXĐ theo nhóm giới**

Giới	Số lượng bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Nam	52	86.67
Nữ	8	13.33

**Nhận xét:** Bệnh nhân nam có tỷ lệ mắc HTVKCXĐ cao 86.67%, nữ có tỷ lệ mắc HTVKCXĐ thấp 13.33%. Tỷ lệ Nam/ Nữ là 52/8.

**Bảng 3.3. Phân bố tỷ lệ bệnh nhân HTVKCXĐ theo nhóm giới**

Phân loại	Tổn thương	Số lượng bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %	Tổng
Xquang	Có	36	65.45	55
	Không	19	34.54	

**Nhận xét:** Tỷ lệ phát hiện được tổn thương trên phim Xquang chiếm 65.45% và không phát hiện chiếm 34.54 % trong số bệnh nhân đã chẩn đoán HTVK.

**Bảng 3.4. Đặc điểm hình ảnh của HTVKCXĐ trên phim Xquang**

Dấu hiệu	Số lượng bệnh nhân (n=36)	Tỷ lệ (%)
Loãng xương	16	44.44
Ổ đặc xương	10	27.77
Ổ khuyết xương	19	52.77
Đặc xương + Khuyết xương	30	83.33
Hẹp khe khớp	18	50.00
Xẹp chỏm xương đùi	25	69.44

**Nhận xét:** Hình ảnh các ổ đặc xương kèm khuyết xương 83.33%, hình ảnh xẹp chỏm xương đùi 69.44% và hình ảnh đặc xương chiếm 27.77% được quan sát thấy trên phim Xquang

**Bảng 3.5. Đặc điểm hình ảnh CHT trên 106 chỏm xương đùi có tổn thương HTVKCXĐ**

Hình ảnh CHT	Số lượng chỏm xương đùi (n=106)	Tỷ lệ (%)
Dải giảm tín hiệu trên xung T1	26	24.52
Vùng giảm tín hiệu trên xung T1	45	42.45
Đường đôi trên T2 và PD	39	36.79
Gãy xương dưới sụn	56	52.83
Hoại tử mỡ	8	7.54
Phù tủy xương trên xung T2-Pd	71	66.98

Hẹp khe khớp	22	20.75
Tràn dịch khớp háng	73	68.86
Tổn thương ổ cối	8	7.54
Xẹp chỏm xương đùi	63	59.43
Tiểu chỏm xương đùi	23	21.69

**Nhận xét:** Hình ảnh phù tủy xương trên T2 và PD với 66.98% và tràn dịch khớp háng chiếm 68.86% chỏm xương đùi. Tổn thương chỏm xương đùi gây xẹp chỏm chiếm 59.43%, và gãy xương dưới sun chiếm 52.83%.

**Bảng 3.6. Đặc điểm hình ảnh CHT trên CXĐ có tổn thương giai đoạn sớm**

Hình ảnh CHT	Giai đoạn sớm (n=22)	
	Số lượng CXĐ	Tỷ lệ (%)
Dài giảm tín hiệu trên xung T1	18	81.81
Vùng giảm tín hiệu trên xung T1	16	72.72
Đường đôi trên T2 và PD	10	45.45
Gãy xương dưới sun	6	27.27
Hoại tử mỡ	6	27.27
Phù tủy xương trên xung T2-Pd	17	77.27
Hẹp khe khớp	3	13.63
Tràn dịch khớp háng	16	72.72
Tổn thương ổ cối	0	0.0
Xẹp chỏm xương đùi	0	0.0
Tiểu chỏm xương đùi	3	13.63

**Nhận xét:** Hình ảnh dài giảm tín hiệu trên T1 chiếm 81.81%, phù xương trên xung T2-Pd chiếm 77.27%, hình ảnh đường đôi trên T2-Pd và hình ảnh tràn dịch khớp háng chiếm 72.72%, 45.45%.

**Bảng 3.7. Đặc điểm hình ảnh CHT trên CXĐ có tổn thương giai đoạn muộn**

Hình ảnh CHT	Giai đoạn muộn (n=84)	
	Số lượng CXĐ	Tỷ lệ (%)
Dài giảm tín hiệu trên xung T1	8	9.52
Vùng giảm tín hiệu trên xung T1	29	34.52
Đường đôi trên T2 và PD	29	34.52
Gãy xương dưới sun	50	59.52
Hoại tử mỡ	2	2.38
Phù tủy xương trên xung T2 và xung PD	54	64.28
Hẹp khe khớp	19	22.61
Tràn dịch khớp háng	57	67.85
Tổn thương ổ cối	8	9.52

Xẹp chỏm xương đùi	63	75.00
Tiểu chỏm xương đùi	20	23.80

**Nhận xét:** Hình ảnh xẹp chỏm có tỷ lệ xuất hiện nhiều nhất với 75.0%, phù tủy xương và tràn dịch khớp háng 67.85% và 64.28%.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Có 60 đối tượng nghiên cứu về tổn thương HTVKCXĐ chỏm xương đùi, nhóm tuổi phân lập 3 nhóm. Nhóm tuổi mắc bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là 31-59 chiếm 70.0%, nhóm tuổi =>60 đứng thứ hai với 26.67%, nhóm tuổi =<30 thì chỉ có 2 đối tượng chiếm tỷ lệ thấp nhất là 3.33%, độ tuổi trung bình mắc bệnh là 51.87. Kết quả chúng tôi tương đồng với kết quả của tác giả Lưu Thị Bình với nhóm tuổi 31-59 có tỷ lệ cao nhất là 81.9%[3]. Kết quả nhóm tuổi 31-59 mắc bệnh nhiều nhất có thể do nhóm tuổi này là độ tuổi lao động, bệnh nhân phải hoạt động nhiều hoặc do lối sống, sinh hoạt...vv. Nghiên cứu chúng tôi cho thấy tỷ lệ HTVKCXĐ chủ yếu gặp ở nam giới chiếm 86.67.0% và tỷ lệ nam/nữ là 52/8, tỷ lệ này thấp hơn không đáng kể của tác giả Lưu Thị Bình (87.9%) [3], Kim (85.55%). Tuy nhiên sự thấp hơn này là không nhiều, điều này cho thấy trong bệnh HTVKCXĐ thì đối tượng nam giới có thể là đối tượng dễ mắc HTVKCXĐ, điều này được giải thích do nam giới là lực lượng lao động chính, hoạt động thể lực nhiều, và có xu hướng sử dụng nhiều các chất kích thích như rượu, bia, thuốc lá....

#### 4.2 Đặc điểm hình ảnh hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi

**4.2.1 So sánh khả năng phát hiện tổn thương HTVKCXĐ trên Xquang và CHT.** Trong 60 bệnh nhân tham gia nghiên cứu thì chỉ có 55 bệnh nhân có chỉ định chụp Xquang khớp háng, còn 5 bệnh nhân không chụp xquang do vậy chúng tôi không đánh. Có 36 bệnh nhân phát hiện được tổn thương trên phim Xquang chiếm 65.45% và không phát hiện chiếm 34.54%, trong khi đó kết quả chụp cộng hưởng từ đều chỉ ra rằng tất cả các bệnh nhân trên đều mắc HTVKCXĐ. Kết quả trên thấp hơn của nhóm tác giả Lưu Thị Bình HTVKCXĐ trên Xquang là 81.86%[2]. Có thể do tại thời điểm nghiên cứu năm 2011 của tác giả Lưu Thị Bình, CHT còn là một kỹ thuật mới và đắt tiền vì vậy các bác sĩ thường hạn chế chỉ định chụp CHT khớp háng mà thay vào đó tận dụng tối đa kết quả từ phim chụp XQ và CT để chẩn đoán HTVKCXĐ.

Năm 2010, theo nghiên cứu của tác giả Li và cộng sự trên 34 bệnh nhân bị HTVK giai đoạn sớm

được khảo sát trên Xquang, CT và Cộng hưởng từ thì kết quả cho thấy tỷ lệ phát hiện tổn thương trên phim Xquang chỉ đạt được 41.18% trong khi đó 27/34 bệnh nhân được phát hiện trên cộng hưởng từ chiếm 77.94% được chẩn đoán chính xác. Kết quả minh chứng cho khả năng phát hiện tổn thương trên CHT được hai nhóm tác giả Bassett và Beltran chứng minh có độ nhạy và độ đặc hiệu trên 90% sau khi kiểm chứng kết quả cuối cùng trên mô bệnh học. Điều này có thể đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đang bị HTVK ở nhiều giai đoạn và số liệu cũng chứng tỏ rõ ràng rằng khả năng phát hiện HTVKCXĐ chỏm xương đùi bị giới hạn trên phim Xquang.



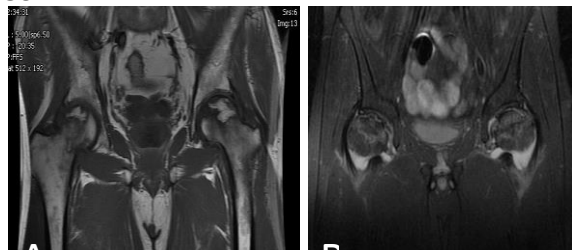
**Hình 4.1:** Hình ảnh HTVKCXĐ trên phim chụp Xquang (A) và CHT (B) giai đoạn sớm. (CAO VĂN L 58Y)

**4.2.2 Hình ảnh HTVKCXĐ trên phim chụp Xquang.** Dựa theo kết quả nghiên cứu [Bảng 3-4], hình ảnh tổn thương chỏm xương đùi trên phim Xquang hay gặp nhất của HTVKCXĐ là các ổ đặc xương kèm khuyết xương 83.33%. Hình ảnh xếp chỏm xương đùi được quan sát trên phim có tỷ lệ cao thứ hai 69.44%, trong khi đó chỉ quan sát thấy hình ảnh đặc xương với tỷ lệ thấp nhất 27.77%. Mặc dù các dấu hiệu hình ảnh thấy được trên phim chụp Xquang đều không thể giúp chẩn đoán xác định bệnh HTVKCXĐ mà chỉ mang tính chất gợi ý trên lâm sàng, nhất là khi dấu hiệu xuất hiện trên các đối tượng có nguy cơ mắc bệnh cao. Tuy nhiên trên thực tế, chụp Xquang khớp háng vẫn là một bước cần làm để chẩn đoán bệnh hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi trước khi có chỉ định chụp CHT.

**4.2.3 Đặc điểm hình ảnh tổn thương trên CHT.** Trong tổng số 106 CXĐ mắc HTVKCXĐ, hình ảnh hay gặp nhất trên CHT là phù tủy xương và tràn dịch khớp háng trên xung T2-Pd với 66.98% và 68.86% chỏm xương đùi, tổn thương xếp chỏm đứng thứ ba với 59.43%. Các tổn thương như vùng giảm tín hiệu trên xung T1 (42.45%), đường đôi trên xung T2 (36.79%), dải giảm tín hiệu trên xung T1 (24.52%), gãy xương dưới sụn (52.83%) cũng là những tổn thương hay gặp trên bệnh nhân bị HTVKCXĐ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi

phù hợp với nghiên cứu của Pratik và cộng sự (2018), tỷ lệ tràn dịch khớp háng là 87.8%, vùng giảm tín hiệu trên xung T1 63.41%, dấu hiệu đường đôi trên xung T2 54.8%. Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy rằng hình ảnh phù tủy xương trên xung T2-Pd, tràn dịch khớp háng, gãy xương dưới sụn, vùng giảm tín hiệu trên xung T1, đường đôi trên xung T2 là những hình ảnh đặc trưng cho bệnh HTVKCXĐ.

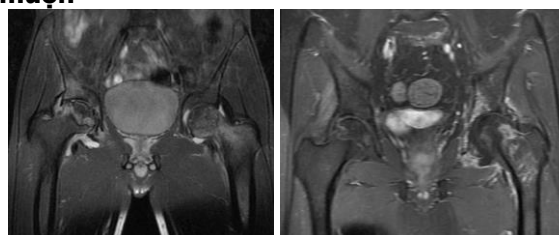
**Đặc điểm hình ảnh HTVKCXĐ giai đoạn sớm**



**Hình 4-6:** Hình ảnh dải giảm tín hiệu (A) và đường đôi trên CXĐ (B); NGUYỄN HỮU O 46Y (A), NGUYỄN ĐÌNH H 38Y (B)

Trong 22 chỏm xương đùi mắc HTVKCXĐ ở giai đoạn sớm, hình ảnh dải giảm tín hiệu trên T1 chiếm tỷ lệ cao nhất 81.81%, hình ảnh phù xương trên xung T2-Pd chiếm tỷ lệ cao thứ hai 77.27%, hình ảnh đường đôi trên xung T2-Pd chiếm tỷ lệ bằng hình ảnh tràn dịch khớp háng 72.72%. Kết quả phù hợp với kết quả nghiên cứu tác giả Lưu Thị Bình, ở giai đoạn sớm của bệnh, hình ảnh đường đôi có tỷ lệ xuất hiện cao nhất với 94.7%, dải giảm tín hiệu có tỷ lệ đứng thứ hai với 77.3% [1]. Từ kết quả nghiên cứu có thể thấy rằng hình ảnh đường đôi trên xung T2-Pd, dải giảm tín hiệu trên xung T1 là những hình ảnh đặc trưng của HTVKCXĐ ở giai đoạn sớm.

**Đặc điểm hình ảnh HTVKCXĐ giai đoạn muộn**



**Hình 4-7:** Hình ảnh phù tủy xương (A) và xếp CXĐ (B) TRẦN NGỌC N 45Y (A), NGUYỄN PHÚC H 67Y (B)

Trong 84 chỏm xương đùi mắc HTVKCXĐ giai đoạn muộn, hình ảnh xếp chỏm xương đùi chiếm tỷ lệ cao nhất 75.00%, bên cạnh đó tỷ lệ chiếm lớn thứ hai và thứ ba tràn dịch khớp háng, phù

tủy xương chiếm 67.85%, 64.28%. Trong khi đó ở giai đoạn sớm của bệnh, các hình ảnh tổn thương ổ cối, xẹp chỏm xương đùi không thấy xuất hiện thì trên hình ảnh chụp CHT giai đoạn muộn, các dấu hiệu này đã xuất hiện với tỷ lệ trên, điều này có thể thấy rằng ở giai đoạn muộn của bệnh, mức độ tổn thương đã lan rộng, chỏm xương đùi bị biến dạng nhiều kéo theo các tổn thương khác như tràn dịch, hẹp khe khớp, tổn thương ổ cối.

## V. KẾT LUẬN

- Kết quả của chúng tôi chỉ ra rằng nhóm tuổi 31-59 mắc HTVKCXĐ chiếm tỷ lệ lớn nhất 70.0% và tỷ lệ bệnh nhân nam giới mắc với tỷ lệ cao 86.67%. Tỷ lệ phát hiện HTVK trên phim Xquang chỉ đạt 65.45% trong số bệnh nhân đã được chẩn đoán HTVK. Có 76.67% bị tổn thương hai bên chỏm xương đùi.

- Hình ảnh ổ đặc xương kèm khuyết xương 83.33%, xẹp chỏm xương đùi 69.44% và hình ảnh đặc xương 27.77% được quan sát thấy trên phim Xquang.

- Hình ảnh phù tủy xương trên xung T2-Pd với 66.98% và tràn dịch khớp háng chiếm 68.86% chỏm xương đùi, xẹp chỏm xương đùi chiếm 59.43%, và gãy xương dưới sụn chiếm 52.83% được quan sát thấy trên phim CHT. Giai đoạn sớm cho thấy hình ảnh dải giảm tín hiệu trên T1 chiếm 81.81%, hình ảnh phù xương trên xung T2-Pd chiếm 77.27%, hình ảnh đường đôi

trên T2-Pd và hình ảnh tràn dịch khớp háng chiếm 72.72%. Giai đoạn muộn cho thấy hình ảnh xẹp chỏm chiếm 75.0%, phù tủy xương và tràn dịch khớp háng 67.85% và 64.28%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lưu Thị Bình (2011). Hình ảnh hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi ở người lớn giai đoạn sớm trên phim chụp x-quang, cộng hưởng từ. Tạp chí khoa học và công nghệ. 89, 89-95.
2. Lưu Thị Bình, Đoàn Văn Đệ, Phạm Minh Thông (2009). Xác định hình ảnh tổn thương chỏm xương đùi trên phim xquang, cộng hưởng từ trong hoại tử vô mạch chỏm xương đùi ở người lớn. Tạp chí nội khoa, 125.
3. Gardeniers JWM (1993). Report of the Committee of Staging and Nomenclature. ARCO News Letter. 5 (2), 79-82.
4. Lưu Thị Bình (2011). Nghiên cứu lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi ở người lớn. Luận án tiến sĩ y học - Trường Đại học y dược Thái Nguyên. 1-135.
5. Lê Văn Phước (2012). Cộng hưởng từ cơ bản. NXB Y học. 177-183.
6. Cao Thiên Tượng (2015). Vai trò của MRI trong chẩn đoán hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi. Tạp chí Y học thực hành.
7. Li S., Liao R., Li Y.. (2010). Diaagnosis of MRI on the Early Avascular Necrosis of Femoral Head. Journal of Traditional Chinese Medicine University of Huna. 2010-04.
8. Bassett, L., et al.: MRI in the Early Diaagnosis of Ischemic Necrosis of the Femoral Head. Clin. Ortho.214:237-248.
9. Beltran, J., et al.: Femoral Head AVN: MR Imaging with Clinical-Pathological and Radionuclide Correlation. Radiology; 166:215-220.

## MỐI LIÊN QUAN GIỮA THANG ĐIỂM IHC4 VÀ TÍP PHÂN TỬ CỦA UNG THƯ VÚ CÓ THỤ THỂ NỘI TIẾT DƯƠNG TÍNH GIAI ĐOẠN I-II

Nguyễn Văn Chủ\*, Chu Thị Trang\*

### TÓM TẮT

Phân tầng nguy cơ và phân typ phân tử ở bệnh nhân UTV giai đoạn sớm rất quan trọng, để đưa ra liệu pháp điều trị hỗ trợ phù hợp, tránh điều trị quá mức hoặc dưới mức cho bệnh nhân. **Mục tiêu:** Đánh giá mối liên quan giữa các nhóm nguy cơ IHC4 với typ phân tử ung thư vú có thụ thể nội tiết giai đoạn I-II. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 226 bệnh nhân ung thư vú được phân tầng nguy cơ theo IHC4 và phân typ phân tử bằng nhuộm HMMD với ER, PR,

Her2/neu, Ki67 và đánh giá mối liên quan. **Kết quả nghiên cứu:** nhóm nguy cơ thấp hay gặp ở nhóm lòng ống A nhất (chiếm 73,7%). Trái lại, nhóm lòng ống B HER2+có tỉ lệ cao nhất (38,0%) ở IHC4 cao. **Kết luận:** Nhóm nguy cơ thấp chiếm tỷ lệ cao nhất ở typ lòng ống A, trái lại nhóm nguy cơ cao chủ yếu gặp ở typ lòng ống B HER2+.

**Từ khóa:** Ung thư vú, Phân tầng nguy cơ, Typ phân tử, Hóa mô miễn dịch.

### SUMMARY

#### RELATIONSHIP BETWEEN IHC4 SCORE AND MOLECULAR SUBTYPE OF POSITIVE HORMON RECEPTOR BREAST CANCER WITH STAGE I-II

Risk stratification and molecular subgroup in BC patients with early stage is very important, in order to provide appropriate adjuvant therapy, to avoid over or

\*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Chủ

Email: chunv@bvk.org.vn

Ngày nhận bài: 6.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 25.2.2021

Ngày duyệt bài: 5.3.2021