

120 BỆNH ÁN XƯƠNG KHỚP
CHẨN ĐOÁN LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH

PGS. TS. NGUYỄN THỊ NGỌC LAN
BỆNH VIỆN BẠCH MAI

120

BỆNH ÁN XƯƠNG KHỚP
CHẨN ĐOÁN LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH

120

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2015

LỜI GIỚI THIỆU

Trong y học, hình thức giới thiệu các bệnh án lâm sàng để rút kinh nghiệm đã được sử dụng từ khá lâu. Hải Thượng Lãn Ông vào cuối TK XVIII (1721-1791) đã soạn 2 cuốn sách Dương án và Âm án, trong đó tập hợp những bệnh án mà bệnh nhân được chẩn đoán đúng và điều trị có kết quả (dương án), những bệnh án bị chẩn đoán sai, điều trị không được, thậm chí tử vong (âm án)... cho đến nay 2 tập sách vẫn mang đến cho người đọc nhiều bài học có giá trị về ý đức, y thuật và hiện trạng lịch sử lúc đó.

Hiện nay, trong thực tế, các bệnh về xương khớp được gặp khá nhiều, nhóm bệnh này chiếm tỷ lệ khá cao và phức tạp trong chẩn đoán. Các thầy thuốc lâm sàng nội khoa nhiều khi rất khó xác định được chẩn đoán bệnh cụ thể để điều trị có kết quả. Xuất phát từ thực tế đó, phó giáo sư, tiến sĩ Nguyễn Thị Ngọc Lan, từ năm 1996 đã tập hợp 120 bệnh án gồm các bệnh xương, khớp thường gặp và ít gặp trong thực hành khám chữa bệnh; đây là những ca bệnh điển hình về triệu chứng lâm sàng, các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh... Trên cơ sở phân tích và liên kết các yếu tố này, tác giả đã đưa ra được chẩn đoán xác định bệnh, sau đó là gợi ý phương pháp điều trị. Qua 120 bệnh án được giới thiệu trong cuốn sách, tác giả giúp cho người đọc trình tự lập luận để rút ra được chẩn đoán và hướng điều trị trong thực tế. Lần tái bản kỳ này tác giả đã sửa chữa, bổ sung thêm nhiều tư liệu cho cuốn sách được tốt hơn.

Phó giáo sư, tiến sĩ Nguyễn Thị Ngọc Lan là một bác sĩ chuyên khoa về các bệnh xương khớp; tác giả đã có nhiều năm giảng dạy, điều trị và nghiên cứu tại khoa Cơ Xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai. Trong quá trình hoạt động chuyên môn, tác giả đã đúc kết được những kinh nghiệm rất có giá trị trong quá trình xác định chẩn đoán. Với nội dung như đã giới thiệu trên, chắc chắn cuốn sách sẽ giúp ích được các bạn đọc có nhu cầu tìm hiểu về chuyên ngành xương khớp, nhất là các thầy thuốc lâm sàng nội khoa.

Hà Nội, 01/03/2015

GS.TS. Trần Ngọc Ân

Chủ tịch Hội Thấp khớp học Việt Nam

MỤC LỤC

Trường hợp	Hình ảnh	Tên trường hợp
Trường hợp 1	H.1-2	Calci hóa sụn khớp (Chondrocalcinose)
Trường hợp 2-3	H.3-8	Viêm khớp dạng thấp
Trường hợp 4	H.9-11	Ban xuất huyết dạng thấp (Schönlein-Henoch)
Trường hợp 5-13	H.12-26	Gút
Trường hợp 14-15	H.27-30	Bệnh lý xương-sụn màng hoạt dịch nguyên phát (ostéochondromatose synoviale primitive)
Trường hợp 16-17	H.31-35	Thoái hóa khớp gối
Trường hợp 18	H.36-H.41	Viêm màng hoạt dịch thể lỏng nốt sắc tố
Trường hợp 19	H.42-43	Thoái hóa khớp ngón xa
Trường hợp 20-21	H.44-47	Lao khớp
Trường hợp 22-26	H.48-58	Hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi
Trường hợp 27	H.59-60	Viêm khớp vảy nến
Trường hợp 28-34	H.61-76	Viêm cột sống dính khớp
Trường hợp 35	H.77	Giả gút (tinh thể apatit)
Trường hợp 36-37	H.78-79	Bệnh Calvé
Trường hợp 38	H.80-81	Di chứng của chấn thương cột sống
Trường hợp 39	H.82-83	Chondrosarcom
Trường hợp 40	H.84-85	Dị dạng cột sống cổ
Trường hợp 41	H.86	Dị dạng cột sống thắt lưng
Trường hợp 42-43	H.87-90	Gai đôi

Trường hợp 44-45	H.91-93	Dị dạng đốt sống - tật nửa đốt sống (Hemivertebre)
Trường hợp 46-47	H.94-96	Quá phát mòm ngang
Trường hợp 48-49	H.97-104	Trượt đốt sống do gãy cổ chó
Trường hợp 50	H.105-106	Kén xương
Trường hợp 51-52	H.107-109	U dạng xương (osteome osteoide)
Trường hợp 53-55	H.110-114	Chồi xương – Exostose và bệnh chồi xương lan tỏa
Trường hợp 56	H.115	Viêm gân gan chân
Trường hợp 57	H.116	Calci hóa gân Achille
Trường hợp 58-59	H.117-119	Kyste màng hoạt dịch cổ tay-khoeo chân
Trường hợp 60	H.120-124	Bệnh Osgood
Trường hợp 61-62	H.125-129	Bệnh Scheuermann và thoát vị vào trong thân đốt sống
Trường hợp 63	H.130-135	Loãng xương trẻ em
Trường hợp 64	H.136-137	Nhồi máu xương
Trường hợp 65-66	H.138-141	U tế bào khổng lồ
Trường hợp 67	H.142-144	Chồi xương-Exostose
Trường hợp 68	H.145-147	Lao khớp
Trường hợp 69	H.148-149	Viêm khớp mù
Trường hợp 70-74	H.150-162	Sarcom xương đùi, chày, chậu
Trường hợp 75	H.163-164	Rạn da do corticoid
Trường hợp 76-77	H.165-172	Loãng xương nguyên phát
Trường hợp 78-91	H.173-208	K dị căn xương
Trường hợp 92	H.209-211	Chordoma - u nguyên sống
Trường hợp 93-94	H.212-219	Kahler
Trường hợp 95-96	H.220-222	Thoái hóa cột sống
Trường hợp 97-98	H.223-235	Viêm đĩa đệm đốt sống

120 Bệnh án xương khớp - Chẩn đoán lâm sàng và hình ảnh

Trường hợp 99	H.236-240	Loãng xương nguyên phát
Trường hợp 100-101	H.241-243	Nhuễn xương
Trường hợp 102	H.244-247	Tổn thương xương do bệnh thận
Trường hợp 103	H.248-250	Bệnh bạch cầu cấp
Trường hợp 104-107	H.251-265	Thoát vị đĩa đệm
Trường hợp 108-109	H.266-272	Dị dạng đốt sống - tật nửa đốt sống (Hemivertebre)
Trường hợp 110	H.273	Lao khớp háng
Trường hợp 111	H.274-275	Viêm đĩa đệm đốt sống do lao (Lao cột sống)
Trường hợp 112	H.276-278	Xương nền (Melorheostosis)
Trường hợp 113	H.279-281	Xương lốm đốm
Trường hợp 114-115	H.282-284	Cốt tủy viêm
Trường hợp 116	H.285-290	Viêm cơ cốt hóa (myositis ossifiante)
Trường hợp 117-118	H.291-299	U thần kinh (neurinoma)
Trường hợp 119	H.300-309	Viêm đĩa đệm đốt sống do lao (Lao cột sống)
Trường hợp 120	H.310-314	Viêm cột sống dính khớp

MỤC LỤC TRA CỨU

(Phần số trong ngoặc đơn là số thứ tự của trường hợp lâm sàng)

- Ban xuất huyết dạng thấp (Schönlein-Henoch) (4)
- Bệnh Legg-Perthes - Calvé (36) (37)
- Bệnh lý xương - sụn màng hoạt dịch nguyên phát (ostéochondromatose synoviale primitive) (14) (15)
- Bệnh Osgood-Schlatter (60)
- Bệnh Scheuermann (61) (62)
- Calci hóa sụn khớp (Chondrocalcinose) (1)
- Calci hóa gân Achille (57)
- Cốt tủy viêm (114) (115)
- Chồi xương-Exostose (53) (54) (55) (67)
- Chondrosarcome (39)
- Chordome-u nguyên sớng (92)
- Dị dạng đốt sống - tật nửa đốt sống (Hemivertebre) (44) (45) (108) (109)
- Dị dạng đốt sống (40) (41)
- Đa u tủy xương - bệnh Kahler (93) (94)
- Gai đôi (42) (43)
- Giả gút (viêm khớp do vi tinh thể apatit) (35)
- Gút (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13)
- Hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi (22) (23) (24) (25) (26)
- K di căn xương (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91)
- Kén xương (50)
- Kyste màng hoạt dịch cổ tay-khoeo chân (58) (59)
- Loãng xương nguyên phát (76) (77) (99)
- Loãng xương trẻ em (63)
- Nhồi máu xương (64)

- Nhuuyễn xương-ostéomalacie (100) (101)
- Quá phát mòm ngang (46) (47)
- Rạn da do corticoid (75)
- Sarcom xương đùi, chày, chày (70) (71) (72) (73) (74)
- Tổn thương đốt sống - di chứng của chấn thương (38)
- Tổn thương xương trong bệnh bạch cầu cấp (103)
- Tổn thương xương do bệnh thận (102)
- Thoái hóa cột sống (95) (96)
- Thoái hóa khớp ngoại vi (16) (19) (17)
- Thoát vị đĩa đệm (104) (105) (106) (107)
- Trượt đốt sống do gãy cổ chó (48) (49)
- U dạng xương (ostéome osteoide) (51) (52)
- U thần kinh (neurinome) (117) (118)
- U tế bào khổng lồ (65) (66)
- Viêm đĩa đệm đốt sống (97) (98) (111) (119)
- Viêm cơ cốt hóa (myosite ossifiante) (116)
- Viêm cột sống dính khớp (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (120)
- Viêm gân gan chân (56)
- Viêm khớp dạng thấp (2) (3)
- Viêm khớp do vi khuẩn (20) (21) (68) (69) (110)
- Viêm khớp vảy nến (27)
- Viêm màng hoạt dịch thể lỏng nốt sắc tố (18)
- Xương lóm đốm (Osteopoikilosis) (113)
- Xương nền (Melorheostosis) (112)

CÁC TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

PHẦN I: CÂU HỎI

-----***-----

CÁC TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG PHẦN I: CÂU HỎI

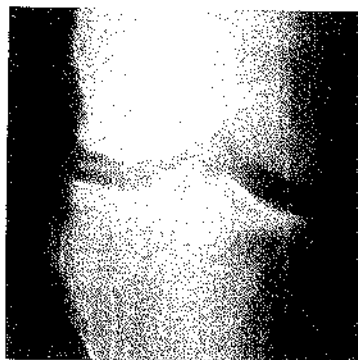
Trường hợp 01. (H.01; H.02)

Bệnh nhân nam, 55 tuổi, có tiền sử đau khớp gối hai bên kiểu cơ học. Đôi khi có các đợt sưng đau cấp tính khớp gối bên phải hoặc bên trái khỏi sau vài ngày. Lần này đến khám vì sưng đau khớp gối phải. Khám: khớp gối phải sưng, nóng đỏ ít. Có dấu hiệu bập bênh xương bánh chè. Các khớp khác bình thường. Thể trạng bình thường.

Mô tả hình ảnh X-quang H.02? Chẩn đoán?



H01

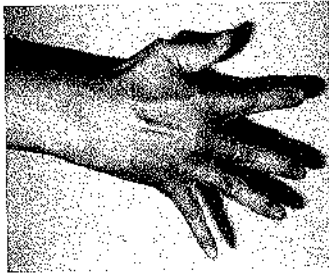


H02

Trường hợp 02. (H.03; H.04; H.05)

Bệnh nhân nữ, 55 tuổi, sưng đau các khớp cổ tay, bàn ngón hai bên từ nhiều tháng nay, cứng khớp buổi sáng trên một giờ.

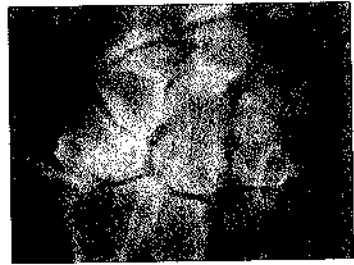
1. Hãy chỉ ra các tổn thương tại khớp bàn cổ tay của bệnh nhân (H.03; H.04).



H03



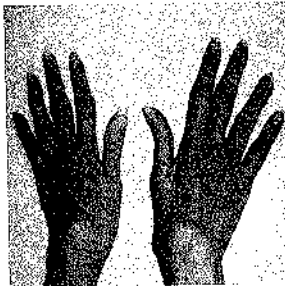
H04



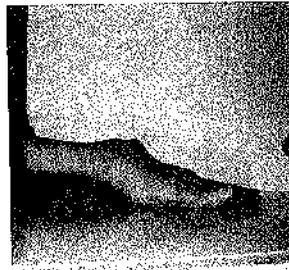
H05

2. Biến dạng tại ngón tay trên H.04 có tên gọi là gì, nguyên nhân của biến dạng đó?
3. H.05: đây là phim X-quang chụp khối xương cổ tay của bệnh nhân nữ 55 tuổi nói trên, hãy chỉ ra các tổn thương?
4. Chẩn đoán?

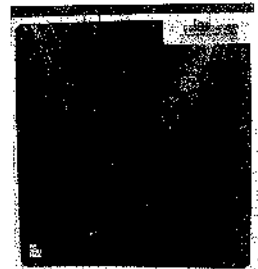
Trường hợp 03. (H.06; H.07; H.08)



H06



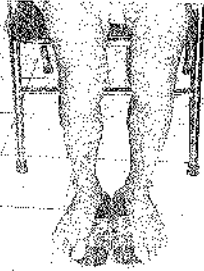
H07



H08

1. H.06; H.07: hãy chỉ ra các biến dạng khớp?
2. H.08: nêu tổn thương trên phim X-quang?
3. Các tổn thương nêu trên thường gặp trong bệnh nào?

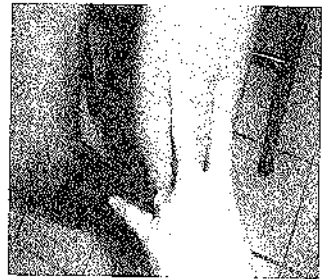
Trường hợp 04. (H.09; H.10; H.11)



H09



H10



H11

Bệnh nhân nam, 43 tuổi, đau khớp gối và cổ chân hai bên, kèm theo các hồng ban phẳng trên da từ cẳng tay xuống bàn tay và từ gót xuống mu chân (H.09; H.10; H.11) nghiệm pháp ấn kính ban vẫn giữ nguyên hình thái và màu sắc.

Ban này có thể gặp trong bệnh gì?

Trường hợp 05. (H.12)

Bệnh nhân nam, 47 tuổi, lần đầu tiên sưng đau khớp bàn ngón chân cái bên phải cấp tính, mới xuất hiện đêm hôm trước, kèm sốt $38,5^{\circ}\text{C}$ (H.12).

1. Chẩn đoán có thể là:
 - a) Viêm khớp nhiễm khuẩn
 - b) Gút cấp tính
 - c) Viêm khớp phản ứng
 - d) Viêm tắc tĩnh mạch
 - e) Viêm tắc động mạch



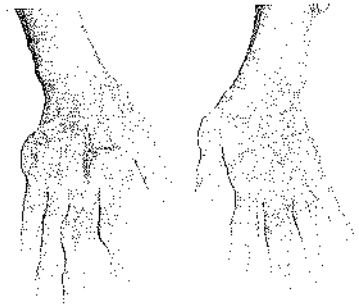
H12

2. Có các phương pháp nào có thể giúp xác định chẩn đoán đó?

Trường hợp 06. (H.13)

Bệnh nhân nam, 52 tuổi, từ nhiều năm nay có các đợt sưng đau các khớp cổ tay, bàn ngón tay, khớp ngón gần bàn tay, khớp bàn ngón chân, khớp ngón chân đối xứng. Không rõ dấu hiệu cứng khớp buổi sáng. Bệnh nhân được chỉ định corticoid trong các đợt sưng đau khớp.

1. Chẩn đoán có thể là:
 - a) Viêm khớp dạng thấp
 - b) Xơ cứng bì
 - c) Gút mạn tính
 - d) Lupus ban đỏ hệ thống
 - e) Thoái hóa khớp ngoại vi
2. Hãy nêu các bằng chứng lập luận chẩn đoán.



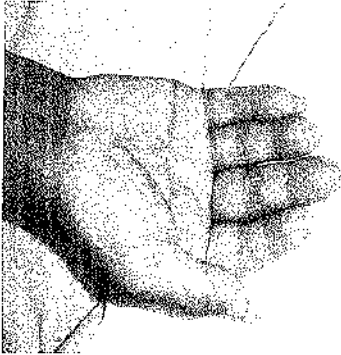
H13

Trường hợp 07. (H.14, H.15)

Bệnh nhân nam, 60 tuổi, sưng đau nhiều khớp: khớp bàn ngón tay, khuỷu, bàn ngón chân, cổ chân từ 3 năm nay. Mỗi đợt sưng đau, bệnh nhân uống một vài viên prednisolon mỗi ngày và sau khoảng vài ba ngày khớp hết sưng đau, bệnh nhân lại vận động bình thường. Hiện nay các khớp không còn sưng đau dữ dội nữa mà sưng đau kiểu bán cấp, kéo dài.

1. H.14: tổn thương trên gan tay của bệnh nhân là:
 - a) U vàng
 - b) Calci hóa phần mềm ngón chi
 - c) Mụn mù
 - d) Hạt tô phi

2. H.15: mô tả hình ảnh phim X-quang
3. Nêu bằng chứng chẩn đoán?



H14



H15

Trường hợp 08. (H.16)



H16

Tổn thương ở khớp bàn ngón chân I là:

- a) Phong thể củ
- b) Viêm khớp có hạt tophi
- c) U xương trong bệnh đa u tủy xương
- d) Hạt dưới da trong bệnh viêm khớp dạng thấp?

Trường hợp 09. (H.17)

Bệnh nhân nam, 65 tuổi, làm nghề bán thịt chó. Từ nhiều năm trước bệnh nhân đã có những đợt sưng đau cấp tính khớp bàn

ngón chân cái, khớp cổ chân, có lúc sưng nề cả bàn chân (thường mỗi đợt 1-2 khớp, không đối xứng). Khi sưng đau khớp, bệnh nhân uống 4 viên prednisolon mỗi ngày và sau khoảng 1-3 ngày khớp hết sưng đau khớp, bệnh nhân lại ngừng thuốc sinh hoạt bình thường. Gần đây, thấy các khớp ở chi dưới biến dạng, đôi lúc chảy các chất dịch màu trắng như mù kéo dài. Bệnh nhân đã đi khám và được chẩn đoán là cốt tủy viêm, nạo vét nhiều lần nhưng không đỡ.

1. H.17: chẩn đoán có thể là:

- a) Cốt tủy viêm xương bàn ngón I
- b) Sarcome xương bàn ngón I
- c) K di căn xương
- d) Đa u tủy xương (Myeloma)
- e) Tổn thương xương khớp trong bệnh gút mạn tính



H17

Trường hợp 10. (H.21; H.22)



H21



H22

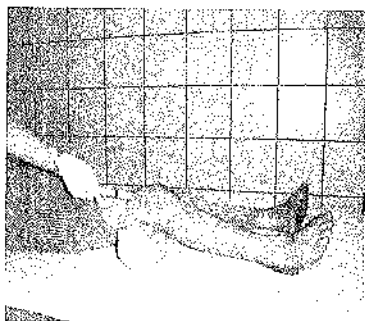
Tổn thương ở khuỷu tay có thể là:

- a) Hạt tô phi
- b) Túi thanh dịch bội nhiễm

- c) Áp xe cơ
- d) Viêm khớp khuỷu

Trường hợp 11. (H.23)

Bệnh nhân nam, 57 tuổi, được chẩn đoán xác định bệnh gút song tự bỏ điều trị từ nhiều tháng nay. Lần này bệnh nhân đến khám vì sưng đau khớp gối phải. Khám thấy có một khối sưng lớn tại vị trí túi cùng ngoài xương bánh chè.



H23

Chọc hút khối này ra khoảng 60ml dịch. Xét nghiệm máu của bệnh nhân: acid uric: 681 $\mu\text{mol/l}$; creatinin: 483 μmol ; nước tiểu: protein 0,1 g/l.

Dịch được hút từ khớp gối có thể là:

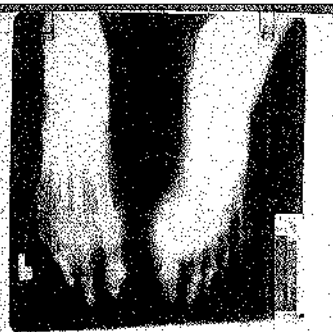
- a) Dưỡng chấp
- b) Dịch mủ
- c) Dịch khớp chứa tinh thể u rát

Trường hợp 12. (H.24; H.25)

Bệnh nhân nam, 49 tuổi, sưng đau các khớp cổ tay, bàn ngón tay, khớp ngón gàn, bàn ngón chân, đối xứng hai bên từ nhiều năm. Dấu hiệu cứng khớp buổi sáng không rõ ràng. Trong tiền sử bệnh nhân đã có những đợt sưng đau cấp tính khớp bàn ngón chân cái, khớp cổ chân, có lúc sưng nề cả bàn chân (thường mỗi đợt tổn thương một, hai khớp, không đối xứng), hiện tượng sưng đau khớp khởi trong vòng 3-4 ngày.



H24



H25

1. Mô tả hình ảnh X-quang ở H.24; H.25?
2. Chẩn đoán đúng là:
 - a) Viêm khớp dạng thấp
 - b) Gút mạn tính
 - c) Đa u tủy xương (bệnh Kahler)
 - d) Tổn thương xương trong bệnh cường cận giáp trạng

Trường hợp 13. (H.26). Tổn thương tại vành tai của bệnh nhân là:

- a) U vàng
- b) Nấm da
- c) Hạt tô phi



H26

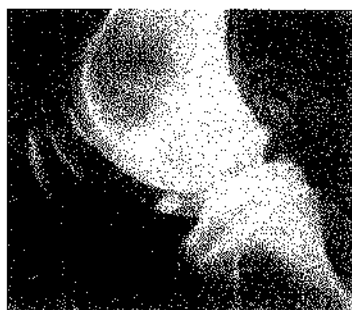
Trường hợp 14. (H.27; H.28)

Bệnh nhân nam, 30 tuổi, là một cầu thủ bóng đá chuyên nghiệp, xuất hiện đau khớp gối phải một tuần nay sau một chấn thương trên sân bóng. Trước đó, đôi khi bệnh nhân có hiện tượng

tắc nghẽn khớp gối phải (đang đi lại, chạy nhảy đột nhiên thấy cứng khớp đột ngột, sau vài phút lại có thể phục hồi). Khám bệnh nhân có hạn chế vận động khớp gối phải chủ yếu động tác duỗi. Có dấu hiệu bập bênh xương bánh chè mức độ vừa phải, biểu hiện có tràn dịch khớp gối phải.



H27



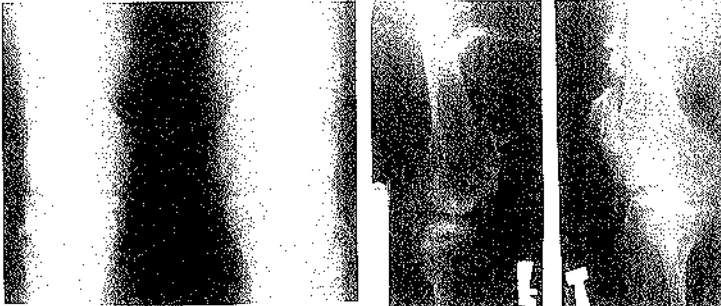
H28

1. Mô tả tổn thương trên phim X-quang ở H.27; H.28?
2. Chẩn đoán có thể là:
 - a) Viêm khớp sau chấn thương
 - b) U sụn
 - c) Bệnh lý xương - sụn mạng hoạt dịch nguyên phát (ostéochondromatose synoviale primitive)

Trường hợp 15. (H.29; H.30)

Bệnh nhân nữ, 46 tuổi, làm nghề nông, đau khớp gối trái tăng dần kiểu cơ học, đôi khi có hiện tượng tắc nghẽn khớp gối trái. Kèm có các đợt cứng và đau khớp kéo dài vài ngày. Khám: bệnh nhân có hạn chế vận động khớp gối hai bên, hạn chế cả động tác gấp và duỗi mức độ vừa phải. Có dấu hiệu “bào gổ” ở khớp gối phải và dấu hiệu bập bênh xương bánh chè mức độ vừa phải ở

khớp gối trái biểu hiện có tràn dịch khớp bên trái.



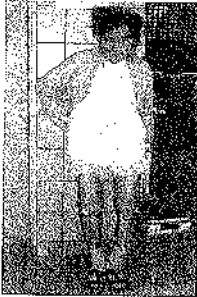
H29

H30

1. Mô tả tổn thương trên phim X-quang H.29; H.30?
2. Chẩn đoán nào là đúng:
 - a) Thoái hóa khớp
 - b) Bệnh lý xương-sụn màng hoạt dịch nguyên phát (ostéochondromatose synoviale primitive)
 - c) Bệnh lý xương-sụn màng hoạt dịch thứ phát sau thoái hóa
3. Lập luận chẩn đoán?

Trường hợp 16. (H.31; H.32; H.33)

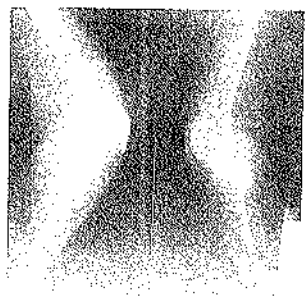
Bệnh nhân nữ, 66 tuổi từ 10 năm nay, thường đau khớp gối hai bên vào buổi chiều tối, buổi sáng khó vận động khớp gối khoảng 15 phút. Mỗi đợt đau chùng một tuần. Từ 1 năm nay thời gian đau kéo dài hơn, hầu như cả hạn chế đi lại. Các khớp khác bình thường. Không sốt. Không gầy sút. Các xét nghiệm bilan viêm hoàn toàn bình thường.



H31



H32



H33

1. H.31: mô tả tình trạng chi dưới và khớp gối của bệnh nhân?

Có yếu tố gì có thể gợi ý chẩn đoán?

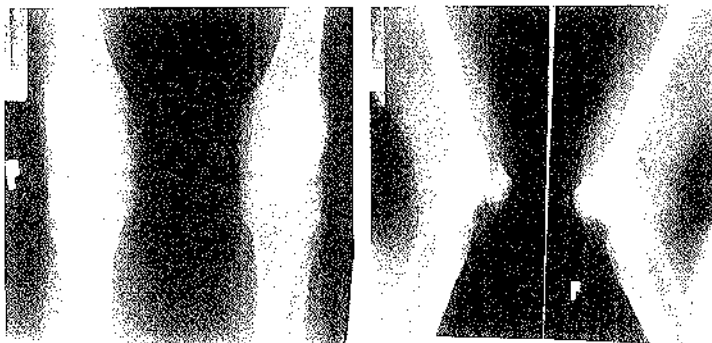
2. H.32; H.33: mô tả tổn thương trên phim X-quang?

3. Chẩn đoán nào là đúng:

- a) Viêm khớp dạng thấp
- b) Viêm khớp phản ứng
- c) Thoái hóa khớp

Trường hợp 17. (H.34; H.35)

Bệnh nhân nữ, 55 tuổi, mỗi ngày đi bộ tập luyện khoảng 9-10 km. Gần đây xuất hiện đau khớp gối, lúc bên phải, lúc bên trái. Khi lên xuống cầu thang đau hơn khi đi trên đường bằng. Nhiều lúc bệnh nhân nghe thấy tiếng lạo xạo khi đi lại. Khám: cao 156cm; nặng 62 kg. Khớp gối hai bên không sưng, không có tràn dịch. Có dấu hiệu “bào gỗ”. Các khớp khác bình thường. Không sốt. Không gầy sút. Các xét nghiệm bilan viêm hoàn toàn bình thường.



H34

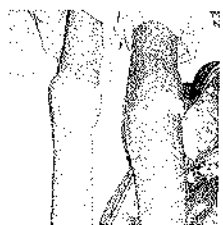
H35

1. H.34; H.35: mô tả hình ảnh X-quang?
2. Chẩn đoán?

Trường hợp 18. (H.36; H.37; H.38; H.39; H.40)

Bệnh nhân nữ, 38 tuổi, sưng đau khớp gối trái từ nhiều tháng nay. Đi lại khó khăn. Không sốt. Chọc hút tại khớp gối trái lấy ra được 30 ml dịch khớp, màu nâu. Xét nghiệm dịch khớp: độ nhớt giảm, mucin test (+), số lượng tế bào là 8.000/ml. chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính.

1. H.36; H.37; H.38; H.39; H.40: chẩn đoán có thể là:
 - a) Lao khớp gối
 - b) Viêm khớp gối trong bệnh viêm khớp dạng thấp
 - c) Viêm màng hoạt dịch khớp gối thể lỏng nốt sắc tố
 - d) Sarcom màng hoạt dịch
2. Phân tích chẩn đoán?



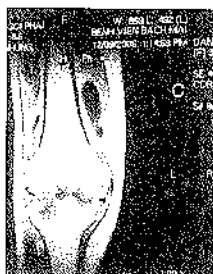
H36



H37



H38



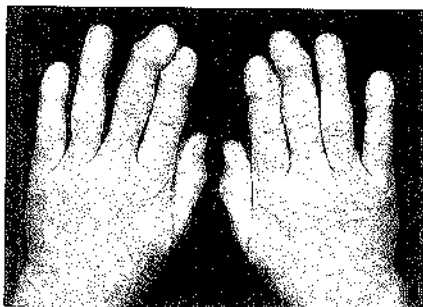
H39



H40

Trường hợp 19. (H.42; H.43)

Cụ bà 70 tuổi, làm nghề nông, có biến dạng các khớp ở bàn tay. Đường như các khớp không bao giờ sưng đau hoặc cụ chẳng bao giờ để ý đến. Gần đây, con cháu nhận thấy tay cụ bị biến dạng và đưa đi khám. Sức khỏe cụ xưa nay rất tốt tuy người nhỏ nhắn. Khám: cao 147 cm, nặng 49 kg.



H42

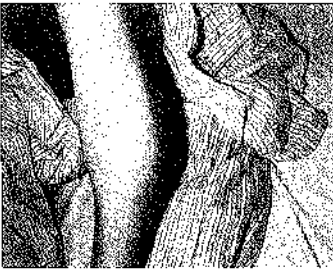


H43

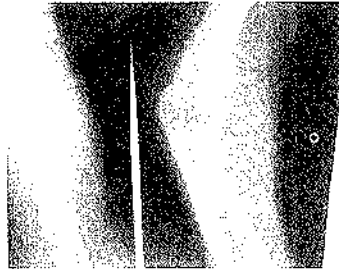
1. H.42: mô tả tổn thương tại bàn tay hai bên?
2. H.43: mô tả tổn thương trên X-quang?
3. Chẩn đoán có thể là:
 - a) Viêm khớp dạng thấp
 - b) Tổn thương khớp trong bệnh xơ cứng bì toàn thể
 - c) Thoái hóa khớp nhỏ ở bàn tay
 - d) Hạt tô phi

Trường hợp 20. (H.44; H.45)

Bệnh nhân nữ đến khám vì sưng đau khuỷu tay trái từ 5 tháng nay. Các khớp khác không sưng, không đau. Khớp khuỷu tay trái sưng đau tăng dần. Tại khớp không đỏ, không nóng. Khớp hạn chế vận động tăng dần, hiện khó gấp duỗi khuỷu.



H44

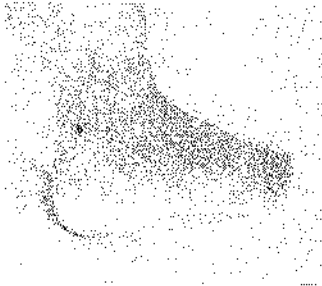


H45

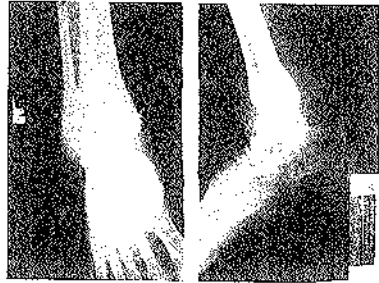
1. H.44: tổn thương khớp này có thể gặp trong bệnh gì? Lập luận chẩn đoán?
2. H.45: mô tả tổn thương trên X-quang?
3. Cần phải hỏi những thông tin gì để có thể chẩn đoán? Cần chỉ định những xét nghiệm gì? Trong số các xét nghiệm đó có xét nghiệm nào có giá trị quyết định chẩn đoán?

Trường hợp 21. (H.46; H.47)

Bệnh nhân nữ, 29 tuổi, mắc bệnh lupus ban đỏ hệ thống được điều trị bằng corticoid đã 5 năm nay. Từ 8 tháng trở lại đây xuất hiện sưng đau khớp bàn cổ chân phải. Các khớp khác không sưng đau, không sốt.



H46



H47

1. H.46; H.47: (Trên cơ sở thông tin ở H.46, H.47) nêu một xét nghiệm có giá trị chẩn đoán cao nhất trong số các xét nghiệm dưới đây:
 - a) Chụp cắt lớp vi tính khớp cổ chân
 - b) Xạ hình xương (scintigraphy)
 - c) Phản ứng Mantoux
 - d) Bilan phospho-calci
 - e) Bilan viêm
 - f) Chọc hút dịch khớp cổ chân làm xét nghiệm (tế bào, vi khuẩn...)
2. Chẩn đoán có thể là:
 - a) Viêm khớp do lupus
 - b) Viêm khớp do lao ở bệnh nhân lupus
 - c) Viêm khớp mũ ở bệnh nhân lupus

d) Hủy khớp do K di căn

e) Hoại tử vô mạch khối xương ở cổ chân phải

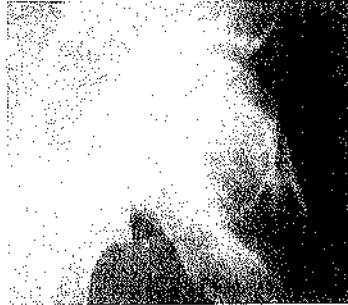
3. Phân tích chẩn đoán?

Trường hợp 22. (H.48; H.49)

Bệnh nhân nam, 49 tuổi, đau khớp háng phải kiểu cơ học từ nhiều tháng nay. Gần đây bệnh nhân đi khập khiễng và đau thêm khớp háng trái. Không sốt. Khám khớp háng hai bên không sưng, ấn không có điểm đau chói. Hạn chế vận động chủ yếu các động tác dạng và xoay, gấp 80° hai bên. Xét nghiệm bilan viêm âm tính, có rối loạn mỡ máu và tăng acid uric. Tiền sử nghiện rượu (ngày uống 0,5 lít rượu trắng trong hai mươi năm nay).



H48



H49

1. H.48; H.49: mô tả tổn thương X-quang?

2. Chẩn đoán xác định?

Trường hợp 23. (H.50)

Bệnh nhân nam, 59 tuổi, mắc bệnh gút có hạt tophi, thường xuyên tự điều trị bằng corticoid. Từ 5 tháng nay xuất hiện đau khớp kháng hai bên. Đau kiểu cơ học. Đau ngày càng tăng dần.

Gần đây bệnh nhân đi lại rất khó khăn.

1. Chẩn đoán có thể là tổn thương tại H.50:
 - a) Viêm khớp do gút
 - b) Thoái hóa khớp háng
 - c) Hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi
 - d) Lao khớp háng
2. Phân tích chẩn đoán?



H50

Trường hợp 24. (H.51)

Bệnh nhân nam, 50 tuổi, có tiền sử dùng corticoid nhiều năm do bệnh phổi mạn tính. Đau khớp háng phải xuất hiện từ một năm nay. Bệnh nhân đau kiểu cơ học, đau tăng dần, gần đây khó đi lại. Từ khi đau háng, bệnh nhân không bao giờ sốt.

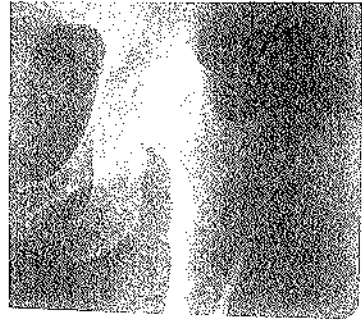


H51

1. Chẩn đoán có thể là:
 - a) Lao khớp háng
 - b) Hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi
 - c) Thoái hóa khớp háng
 - d) K di căn xương
 - e) Viêm cột sống dính khớp
2. Lập luận chẩn đoán?

Trường hợp 25. (H.52)

Bệnh nhân nữ, 55 tuổi, bị ung thư vú đã mổ cắt bỏ vú phải và chiếu tia xạ kết hợp. Sau hai năm, xuất hiện đau khớp háng trái kiểu cơ học. Đau ngày càng tăng, đi lại khó khăn. Gần đây thấy lệch người sang trái khi đi lại. Khám: giảm vận động mọi động tác khớp háng trái. Vùng khớp háng trái hoàn toàn bình thường, không sưng, không có điểm đau khu trú.



H52

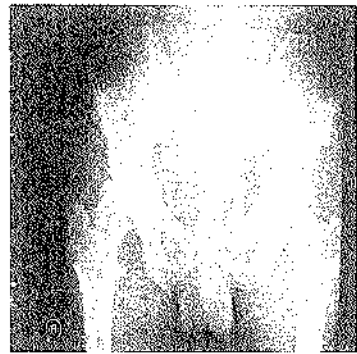
1. Chẩn đoán có thể là ung thư vú di căn xương đùi không?

Lập luận chẩn đoán?

2. Nêu hướng điều trị ở bệnh nhân này?

Trường hợp 26. (H.54)

Bệnh nhân nam, 35 tuổi, làm nghề thợ lặn đã nghỉ hưu do đau khớp háng phải từ nhiều năm nay, đau kiểu cơ học. Từ khi đau khớp háng, bệnh nhân không bao giờ sốt. Không có tiền sử bệnh tật gì khác. Đau khớp háng phải ngày càng tăng, hiện bệnh nhân đi lại phải dùng nạng. Khám: giảm vận động mọi động tác khớp háng phải. Chân phải ngắn hơn chân trái 4 cm. Khớp háng trái đôi lúc đau, song không hạn chế vận động.



H54

1. Mô tả hình ảnh X-quang ở H.54?

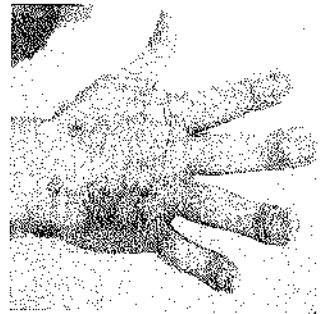
2. Tổn thương tại khớp háng phải có thể là:
 - a) Gãy cổ xương đùi
 - b) Thoái hóa khớp háng
 - c) Hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi
 - d) Sarcom đầu trên xương đùi
3. Nêu nguyên nhân gây đau khớp háng trái? Cần xét nghiệm gì để phát hiện tổn thương không?
4. Căn nguyên chính của bệnh? Các đối tượng nào hay bị bệnh này?
5. Tiến triển của bệnh?

Trường hợp 27. (H.59; H.60)

Bệnh nhân nam, 47 tuổi, sưng đau các khớp nhỏ ở bàn ngón chân, bàn tay và cột sống thắt lưng. Đau kiểu viêm, đau tăng về nửa đêm. Dấu hiệu cứng khớp buổi sáng khoảng 30 phút.



H59



H60

1. Nêu các xét nghiệm có giá trị chẩn đoán:
 - a) Xét nghiệm tìm nấm ở da
 - b) Xạ hình xương (scintigraphy)
 - c) Phản ứng Mantoux

- d) Chụp X-quang khớp cùng chậu
 - e) Bilan viêm
 - f) HLA-B27
 - g) Yếu tố dạng thấp - RF
2. Chẩn đoán có thể là:
- a) Gút
 - b) Viêm khớp dạng thấp
 - c) Viêm cột sống dính khớp
 - d) Viêm khớp phản ứng
 - e) Thấp khớp vảy nến
3. Lập luận chẩn đoán?

Trường hợp 28. (H.61; H.62; H.63; H.64; H.65)

Bệnh nhân nam, 42 tuổi, xuất hiện đau và giảm vận động cột sống thắt lưng từ nhiều năm nay. Đau và ngày càng khó cúi. Gần đây bệnh nhân hoàn toàn không thể cúi được cột sống thắt lưng. Từ 3 tháng nay, bệnh nhân khó vận động cả cột sống cổ (H.61, H.62).



H61



H62



H63



H64



H65

1. H.63; H.64; H.65: mô tả hình ảnh tổn thương trên phim X-quang?
2. Chẩn đoán?

Trường hợp 29. (H.66; H.67)

Bệnh nhân nam, 15 tuổi, từ 6 tuần nay xuất hiện đau khớp gối và khớp háng hai bên. Khớp gối hai bên sưng, nóng, có tràn dịch. Kèm theo bệnh nhân đau và giảm vận động cột sống thắt lưng. Đôi khi bệnh nhân có đau tại vùng mông, lúc bên phải, lúc bên trái. Đau tăng về đêm, có cảm giác cứng cột sống thắt lưng vào buổi sáng. Khám: cơ cạnh cột sống thắt lưng co cứng; giảm vận động cột sống thắt lưng (nghiệm pháp Schöber = 2 cm). Không có điểm đau chói, các vùng khác của cột sống bình thường.

1. Nêu 2 xét nghiệm có giá trị chẩn đoán ở bệnh nhân này:
 - a) Chụp X-quang khớp cùng chậu hai bên
 - b) Xạ hình xương (scintigraphy)
 - c) Xét nghiệm HLA-B27
 - d) Chụp X-quang cột sống thắt lưng
 - e) Chọc hút dịch khớp háng làm xét nghiệm (tế bào, vi khuẩn...)

f) Yếu tố dạng thấp - RF

2. Chẩn đoán có thể là:

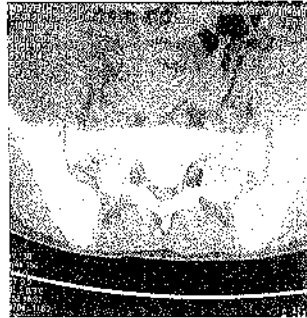
a) Thấp khớp cấp

b) Viêm khớp tự phát thiếu niên thể đa khớp

c) Viêm khớp tự phát thiếu niên thể viêm cột sống dính khớp



H66



H67

3. H.66; H.67: hãy mô tả hình ảnh tổn thương trên phim X-quang?

4. Nếu không có điều kiện chụp cắt lớp vi tính khớp cùng chậu, có cách nào để phát hiện tổn thương khớp cùng chậu chính xác hơn không?

Trường hợp 30. (H.70)

Bệnh nhân nam, 27 tuổi, có tiền sử đau khớp háng hai bên từ khoảng 15 tuổi. Được chẩn đoán và điều trị lao khớp háng hai bên. Gần đây, bệnh nhân hạn chế chức năng vận động khớp háng hai bên, đi lại ngày càng khó khăn. Đau kiểu viêm, đau suốt ngày đêm. Khám: thể trạng gầy, teo cơ nhiều nơi, đặc biệt các cơ ở chi dưới. Hạn chế vận động khớp háng hai bên ở mọi tư thế. Tế bào máu ngoại vi: số lượng hồng cầu: $3,66 \times 10^{12}/l$; Hb: 81 g/l; MCV: 71,8 fl; MCH: 23,6pg; tiểu cầu: $249 \times 10^9/l$; bạch cầu: $7,7 \times 10^9/l$. Tốc độ máu

lắng giờ đầu: 66mm.

1. H.70: mô tả hình ảnh X-quang?
2. H.70: có đúng bệnh nhân đã từng mắc bệnh lao khớp háng không? Dựa vào phim X-quang này có thể chẩn đoán bệnh nhân mắc bệnh gì được không? Phân tích chẩn đoán?



H70

Trường hợp 31. (H.71; H.72)

Bệnh nhân nam, 19 tuổi, có tiền sử đau và giảm vận động cột sống thắt lưng từ hai năm nay. Bệnh nhân thường đau thành đợt, mỗi đợt chừng một, hai tháng, sau đó có thuyên giảm. Khi đau, bệnh nhân đau suốt ngày đêm, có lúc phải thức giấc vì đau. Buổi sáng thường khó cúi, khó vận động cột sống thắt lưng chừng 15 - 20 phút. Đôi khi bệnh nhân đau vùng thắt lưng lan xuống chân hai bên. Kèm theo, bệnh nhân có sưng đau khớp gối, khớp cổ chân hai bên. Gần đây, vận động cột sống thắt lưng giảm nhiều, bệnh nhân không thể chạm tay xuống đất khi cúi. Ngoài các triệu chứng tại cột sống, bệnh nhân còn đau khớp mu và ụ ngồi. Khi ấn tại các vị trí này có điểm đau chói.

Bệnh nhân chỉ có 1 phim X-quang khuỷu chân mang theo từ tuyến dưới.

1. H.71: mô tả hình ảnh X-quang?
2. Các xét nghiệm có giá trị chẩn đoán là:
 - a) Bilan viêm



H71

- b) Bilan phospho-calci
- c) HLA-B27
- d) Xạ hình xương (scintigraphy)
- e) Acid uric máu

3. H.72: bệnh nhân được chụp thêm phim X-quang cột sống thắt lưng. Mô tả hình ảnh X-quang?

4. Kết quả xét nghiệm của bệnh nhân: tốc độ máu lắng 60mm giờ đầu, HLA B27 (+). Chẩn đoán đúng là:

- a) Đau xơ cơ (Fibromyalgie)
- b) Xơ hóa dây chằng Forestier
- c) Viêm cột sống dính khớp
- d) Đau thần kinh tọa

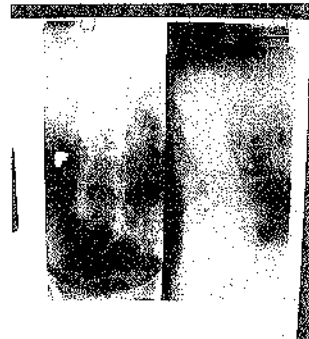
5. Lập luận chẩn đoán? Có thể chẩn đoán xác định không nếu chỉ có riêng phim X-quang cột sống thắt lưng?



H72

Trường hợp 32. (H.73)

Bệnh nhân nam, 20 tuổi, đau cột sống lưng - thắt lưng từ nhiều năm nay. Đau âm ỉ suốt ngày đêm. Càng ngày bệnh nhân càng đau nhiều hơn, mức độ nặng hơn, gần như ngày nào cũng đau. Bệnh nhân không cúi được lưng. Kèm theo bệnh nhân có đau khớp háng và sưng đau khớp gối hai bên. Khám: gù cong đoạn cột sống thắt lưng. Khớp



H73

háng hai bên hạn chế vận động ở tất cả các động tác.

1. H73: Mô tả hình ảnh X-quang?
2. Chọn một xét nghiệm cần thiết nhất phải chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán phân biệt:
 - a) Chụp cắt lớp vi tính cột sống thắt lưng
 - b) Bilan viêm
 - c) Bilan phospho-calci
 - d) Đo mật độ xương
 - e) Xạ hình xương (scintigraphy)
3. Kết quả xét nghiệm: tốc độ máu lắng giờ đầu 57 mm.
Bilan phospho-calci bình thường. Chẩn đoán có thể là:
 - a) Bệnh Forestier
 - b) Lao cột sống
 - c) Viêm cột sống dính khớp
 - d) Viêm khớp phản ứng

Trường hợp 33. (H.74)

Bệnh nhân nam, 25 tuổi, xuất hiện đau khớp háng hai bên từ 5 tháng nay. Đôi khi có kèm theo sưng đau khớp gối hai bên. Bệnh nhân đau khớp háng trái nhiều hơn háng phải. Những đợt sưng đau khớp bệnh nhân thường có sốt 38° - $38,5^{\circ}$ C. Gần đây bệnh nhân rất khó khăn khi ngồi xổm và đi lại. Đôi khi bệnh nhân có đau môi cột sống thắt lưng. Tại thời điểm đến khám, bệnh nhân có giảm thị lực, đi khám mắt và được chẩn đoán là viêm mống mắt. Khám: thể trạng gầy, khớp háng hai bên hạn chế vận động ở tất cả các động tác. Teo cơ tứ đầu đùi. Khớp gối không

sung, chỉ đau. Cột sống thắt lưng giảm vận động, khoảng cách tay-đất 30 cm; độ giãn cột sống thắt lưng 2 cm; teo nhẹ khối cơ cạnh cột sống thắt lưng. Không có các triệu chứng bất thường về tiểu tiện, không loét tại quy đầu.

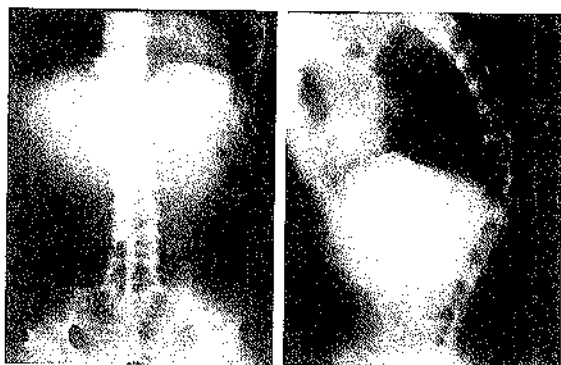
1. Nêu 2 xét nghiệm cần chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán:
 - a) Bilan viêm
 - b) Xét nghiệm nước tiểu (tổng phân tích)
 - c) Phản ứng Mantoux
 - d) Chụp phim X-quang khớp cùng chậu và khớp háng hai bên
 - e) Bilan phospho-calcii
 - f) HLA-B27
2. H.74: chẩn đoán đúng là:
 - a) Lao khớp háng
 - b) Viêm cột sống dính khớp
 - c) Hội chứng Sjögren
 - d) Hội chứng Reiter
 - e) Viêm khớp dạng thấp
3. Chỉ ra 1 thuốc có chỉ định đặc biệt đối với bệnh nhân tại thời điểm này:
 - a) Thuốc chống viêm không steroid
 - b) Corticoid toàn thân và tiêm hậu nhãn cầu
 - c) Thuốc chống sốt rét tổng hợp (Chloroquin/
Hydroxychloroquin)
 - d) Azathioprin
 - e) Cyclophosphamid
 - f) Salazopyrin



H74

Trường hợp 34. (H.75; H.76)

Bệnh nhân nam, 24 tuổi, gù cong cột sống lưng – thắt lưng từ nhiều năm nay. Đau âm ỉ, đau suốt ngày đêm. Tuy nhiên có những đợt bệnh nhân hầu như không đau. Gần đây, theo tốc độ biến dạng cột sống, bệnh nhân đau nhiều hơn, mức độ nặng hơn, gần như ngày nào cũng đau. Nếu trước kia bệnh nhân đau nhứt nhối suốt ngày đêm thì từ vài ba năm trở lại đây đau chủ yếu sau một ngày hoạt động, sáng hôm sau bệnh nhân lại có thể hoạt động bình thường. Từ lâu, bệnh nhân đã không thể cúi được. Bệnh nhân không sưng đau các khớp ngoại biên bao giờ.



H75

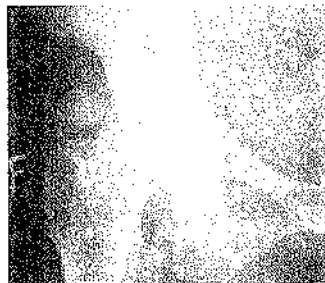
H76

1. Nêu một xét nghiệm có giá trị chẩn đoán cao nhất ở bệnh nhân có phim X-quang ở H.75; H.76:
 - a) Đo mật độ xương
 - b) HIV
 - c) Chụp tim phổi
 - d) Chụp phim cắt lớp vi tính khớp cùng chậu
 - e) HLA-B27

- g) Xạ hình xương (scintigraphy)
2. Chẩn đoán có thể là:
- a) Lao cột sống
 - b) Bệnh Schuermann
 - c) Viêm cột sống dính khớp
 - d) Di chứng còi xương
3. Xét nghiệm mà bạn đã lựa chọn ở câu 1 nêu trên có nhất thiết phải chỉ định trong trường hợp này không? Nếu không thực hiện được xét nghiệm này thì có thể chẩn đoán xác định không? Phân tích chẩn đoán.
4. Hãy chỉ ra một thuốc không có chỉ định ở bệnh nhân này, nêu lý do:
- a) Salazopyrin
 - b) Thuốc giãn cơ (Myonal; Mydocalm...)
 - c) Pamidronat (Aredia)
 - d) Kháng TNF-alpha
 - e) Cyclophosphamid
 - f) Thuốc chống viêm không steroid

Trường hợp 35. (H.77)

Bệnh nhân nữ, 80 tuổi, đến khám vì đau khớp háng mới xuất hiện 3 ngày nay. Đau dữ dội và tăng về đêm. Bệnh nhân không sốt. Khám tại khớp háng phải không sưng nóng. Khớp háng phải giảm vận động các động



H77

tác mức độ vừa phải (gấp khoảng 80°). Ấn có điểm đau chói tại vùng trên mấu chuyển lớn bên phải.

1. H77: mô tả hình ảnh X-quang?
2. Chẩn đoán đúng là:
 - a) Thoái hóa khớp háng
 - b) Viêm khớp háng cấp tính
 - c) Viêm quanh khớp háng cấp tính
 - d) Hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi
 - e) Cốt tủy viêm xương đùi phải
3. Chỉ ra các thuốc có chỉ định trong điều trị bệnh nhân này:
 - a) Tiêm corticoid tại vùng trên mấu chuyển lớn bên phải
 - b) Thuốc giãn cơ (Myonal; Mydocalm...)
 - c) Thuốc chống viêm không steroid
 - d) Colchicin
 - e) Allopurinol

Trường hợp 36. (H.78)

Bé trai, 13 tuổi, đến phòng khám của Bệnh viện Nhi vì đau khớp trái từ một năm nay. Em được chụp X-quang khớp háng và được chẩn đoán là lao khớp háng trái, do đó được chuyển tới Bệnh viện phổi trung ương để điều trị. Bệnh nhi có thể trạng gầy, da niêm mạc bình thường. Khai thác bệnh sử chỉ thấy triệu chứng đau khớp háng trái kiểu cơ học, đau tăng dần. Gần đây chân trái của em bước khập khiễng. Bệnh nhi không sốt, không ho khạc bao giờ. Khám thấy khớp háng trái bị hạn chế vận động khớp ở các tư thế gập và quay, động tác gấp khớp háng trái bình thường. Không có bất kỳ triệu chứng gì khác tại chỗ, không sờ thấy hạch

tùy hành. Xét nghiệm bilan viêm âm tính. Thể trạng trung bình.

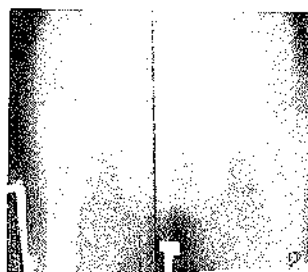


H78

1. H.78: nêu nhận xét nghiệm cần chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán phân biệt:
 - a) Bilan viêm
 - b) Xét nghiệm nước tiểu (tổng phân tích)
 - c) Phản ứng Mantoux
 - d) Bilan phospho-calcii
 - e) HLA-B27
 - f) Không cần bất cứ xét nghiệm nào
2. Chẩn đoán đúng là:
 - a) Lao khớp háng
 - b) Viêm khớp háng do vi khuẩn
 - c) Bệnh Legg-Perthes-Calvé
 - d) Cốt tủy viêm
 - e) Tổn thương khớp háng trái trong bệnh viêm cột sống dính khớp
3. Lập luận chẩn đoán?
4. Chọn các biện pháp điều trị thích hợp ở giai đoạn này:
 - a) Bất động kéo dài (có thể từ 18 tháng đến 4 năm)
 - b) Trẻ có thể chạy nhảy bình thường
 - c) Đi lại bằng nạng
 - d) Bỏ bột chống xoay
 - e) Phẫu thuật làm cứng khớp
 - f) Bổ sung calci và vitamin D
 - g) Bổ sung vitamin nhóm B

Trường hợp 37. (H.79)

Một bệnh nhân nam, 22 tuổi, có tiền sử đau khớp háng phải kéo dài từ nhiều năm nay. Lúc đầu, bệnh nhân chỉ đau khớp gối phải. Gần đây, bệnh nhân bước đi khập khiễng tuy vẫn đi lại được. Bệnh nhân này đã được chẩn đoán là lao khớp háng phải và điều trị



H79

thuốc chống lao trong 2 tháng song không có hiệu quả, mức độ đau tại khớp háng phải vẫn tăng dần. Khám: khớp háng phải hạn chế vận động các động tác, đặc biệt các động tác gập và quay. Không có bất kỳ triệu chứng nào khác tại chỗ, không sờ thấy hạch tỳ hành.

1. Chẩn đoán có thể là:

- a) Trật khớp háng phải bẩm sinh
- b) Bệnh Legg – Perthes – Calvé
- c) Hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi phải
- d) Viêm cột sống dính khớp
- e) Lao khớp háng

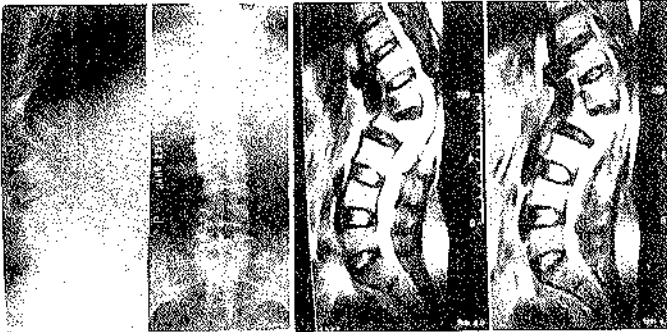
2. Phân tích chẩn đoán?

3. Chỉ định điều trị nào là đúng (có thể chọn nhiều chỉ định):

- a) Bó bột chống xoay
- b) Phẫu thuật làm cứng khớp
- c) Đi lại bằng nạng
- d) Thay khớp háng nhân tạo

Trường hợp 38. (H.80; H.81)

Bệnh nhân nữ, 55 tuổi, đau cột sống thắt lưng từ 10 năm nay sau khi ngã từ cầu thang cao trên 1 mét xuống. Sau khi ngã, bệnh nhân không đi khám, cũng không chụp phim X-quang cột sống do vẫn đi lại bình thường. Bệnh nhân đau cột sống thắt lưng kiểu cơ học, tăng dần. Gần đây, bệnh nhân nhận thấy lưng gù dần, hai chân yếu dần. Khám: bệnh nhân gù cong phần lưng-thắt lưng. Không có điểm đau khu trú. Hai chi dưới liệt nhẹ, tăng phản xạ gân xương. Các bộ phận khác bình thường.



H80

H81

1. H.80; H.81: hãy chỉ ra các tổn thương trên phim X-quang?
2. Nguyên nhân của tổn thương đó là:
 - a) Ép tủy ở bệnh nhân có lún xẹp đốt sống cũ
 - b) Viêm đĩa đệm đốt sống do lao (bệnh Pott)
 - c) Viêm đĩa đệm đốt sống do vi khuẩn
 - d) K di căn xương
 - e) Loãng xương
3. Lập luận chẩn đoán và nêu hướng điều trị?

Trường hợp 39. (H.82; H.83)

Bệnh nhân nam, 69 tuổi, đến khám vì đau vai phải xuất hiện đột ngột, giảm vận động hoàn toàn 3 ngày nay. Khám tại chỗ: khớp vai phải không nóng, không đỏ. Ngoài cảm giác đau chói lan tỏa toàn bộ vai phải khi ấn và giảm vận động hoàn toàn các động tác khớp vai phải, còn phát hiện thấy một đám xuất huyết dưới da lan tỏa từ 2/3 dưới cánh tay tới toàn bộ cẳng tay (mặt ngoài).



H82



H83

1. Nêu một xét nghiệm cần chỉ định bắt buộc nhằm mục đích chẩn đoán, phân biệt lao cột sống:
 - a) Xét nghiệm vi tính
 - b) Xét nghiệm tủy
 - c) Chọc hút làm tế bào học hoặc sinh thiết làm giải phẫu bệnh
 - d) Bilan phospho - calci
 - e) Xạ hình xương (scintigraphy)
2. Chẩn đoán có thể là:
 - a) Viêm quanh khớp vai
 - b) Viêm khớp vai phải do vi khuẩn (vi khuẩn lao, vi khuẩn thường...)
 - c) Sarcom đầu trên xương cánh tay phải

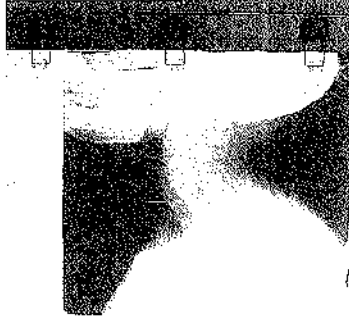
- d) Chấn thương khớp vai
 - e) Thoái hóa khớp vai
3. Lập luận chẩn đoán?

Trường hợp 40. (H.84; H.85)

Bệnh nhân nữ, 60 tuổi, đến khám vì đau và hạn chế vận động cột sống cổ. Đau cột sống cổ mới xuất hiện vài tháng nay. Bệnh nhân khó cúi cổ, các động tác quay cổ bình thường. Hạn chế vận động động tác cúi cổ có từ lâu, song gần đây mới xuất hiện đau. Bệnh nhân không gầy sút, không sốt. Khám: chỉ thấy hạn chế vận động cúi và ngửa cổ, động tác quay và xoay bình thường. Không sờ thấy hạch ngoại biên.



H84



H85

1. H.84; H.85: chẩn đoán có thể là:
 - a) Viêm đĩa đệm đốt sống
 - b) Viêm cột sống dính khớp
 - c) Thoái hóa đốt sống cổ
 - d) Dị dạng đốt sống bẩm sinh
 - e) Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ
2. Lập luận chẩn đoán?

Trường hợp 41. (H.86)

Bệnh nhân nữ, 54 tuổi, đau cột sống thắt lưng và khó cúi từ nhiều năm nay. Đau kiểu cơ học. Bệnh nhân không thể cúi được lưng. Khám: thể trạng trung bình, không sờ thấy hạch ngoại biên. Cột sống thắt lưng giảm vận động, khoảng cách tay - đất 25 cm; độ giãn cột sống thắt lưng 2,5 cm; teo nhẹ khối cơ cạnh cột sống thắt lưng. Bệnh nhân đã được chẩn đoán là lao cột sống và điều trị các thuốc chống lao một tháng song đau cột sống thắt lưng không thuyên giảm.



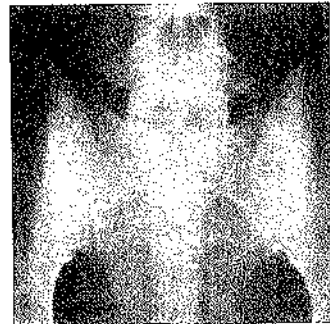
H86

1. Nêu một xét nghiệm có ích nhất được chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán, phân biệt lao cột sống:
 - a) Bilan viêm
 - b) Phản ứng Mantoux
 - c) Chụp cộng hưởng từ hoặc chụp cắt lớp vi tính cột sống thắt lưng
 - d) Bilan phospho-calcii
 - e) HLA-B27
2. Chẩn đoán đúng là:
 - a) Thoái hóa cột sống thắt lưng
 - b) Viêm đĩa đệm đốt sống do lao (lao cột sống)
 - c) Viêm đĩa đệm đốt sống do vi khuẩn
 - d) Thoát vị đĩa đệm cột sống

- e) Dị dạng đốt sống bẩm sinh
 - f) Viêm cột sống dính khớp
3. Lập luận chẩn đoán? Nếu không chụp cộng hưởng từ hoặc cắt lớp vi tính thì có thể xác định chẩn đoán được không?

Trường hợp 42. (H.87)

Sinh viên Nam, 25 tuổi, đến khám vì đau cột sống thắt lưng khi ngồi nhiều. Sinh viên này vẫn sinh hoạt bình thường. Thường chơi đá bóng, song không có chấn thương nào đáng kể. Khám: không có bất thường tại cột sống thắt lưng cũng như các đoạn khác của cột sống. Vận động các động tác cột sống thắt lưng hoàn toàn bình thường. Toàn trạng bình thường.



H87

1. Nêu một xét nghiệm cần chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán phân biệt, một số nguyên nhân gây đau cột sống thắt lưng:
 - a) HLA-B27
 - b) Xét nghiệm nước tiểu (tổng phân tích)
 - c) Bilan viêm
 - d) Bilan phospho-calcii
 - e) Chụp phim cắt lớp vi tính khớp cùng chậu
2. H.87: tổn thương trên phim X-quang là:
 - a) Viêm cột sống dính khớp

- b) Gai đôi S1
 - c) Hủy xương cùng
 - d) Thoát vị đĩa đệm
3. Tổn thương nêu trên có phải nguyên nhân gây đau cột sống thắt lưng không? Có cần điều trị gì không?

Trường hợp 43. (H.88; H.89; H.90)

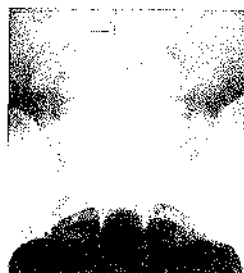
Đây là hình ảnh phim X-quang của các bệnh nhân khác nhau, hãy chỉ ra các bất thường trên mỗi phim.



H88



H89



H90

Trường hợp 44. (H.91)

Bệnh nhân nữ, 60 tuổi. Từ nhỏ đã đi lệch người sang trái. Ngoài chân phải bị tật ra thì người phụ nữ này không mắc bất cứ bệnh nào khác, vẫn đi lại bình thường, làm nghề bán hàng nước để sinh sống. Với tuổi tác, người phụ nữ này đau khớp háng trái, đau kiểu cơ học,



H91

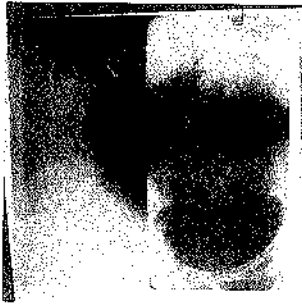
tăng dần, gần đây đau nhiều, khó khăn khi đi lại nên vào viện. Bệnh nhân không sốt, không ho khạc. Khám thể trạng béo, hạch ngoại biên không sờ thấy.

1. Nêu một xét nghiệm cần chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán phân biệt:
 - a) Chụp cắt lớp vi tính khớp háng trái
 - b) Bilan viêm
 - c) Phản ứng Mantoux
 - d) Bilan phospho-calcium
 - e) Xạ hình xương (scintigraphy)
 - f) Xét nghiệm nước tiểu (tổng phân tích)
2. Chẩn đoán đúng là:
 - a) Thoái hóa khớp háng trái
 - b) Hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi trái
 - c) Di chứng của trật khớp háng bẩm sinh
 - d) Viêm khớp háng trái

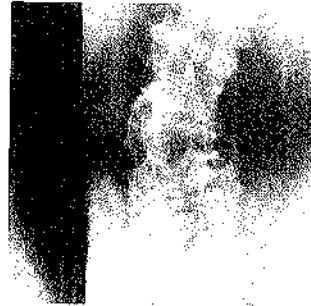
Trường hợp 45. (H.92; H.93)

Một bệnh nhân nữ, 42 tuổi, đến khám vì vẹo cột sống từ nhỏ, gần đây xuất hiện đau cột sống thắt lưng kiểu cơ học. Khám: ngoài cột sống thắt lưng vẹo, không phát hiện bất cứ triệu chứng bất thường nào khác tại các cơ quan khác cũng như toàn trạng.

H.92; H.93: hãy phát hiện bất thường trên phim X-quang.



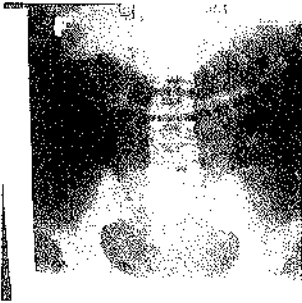
H92



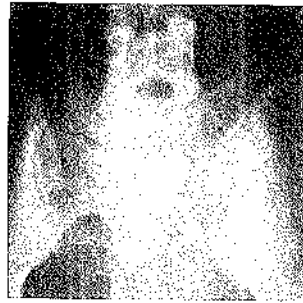
H93

Trường hợp 46. (H.94; H.95)

Bệnh nhân nữ, 27 tuổi, khỏe mạnh hoàn toàn, đến khám sau khi bị ngã ngồi trong buồng tắm. Bệnh nhân được chụp phim X-quang cột sống thắt lưng kiểm tra.



H94



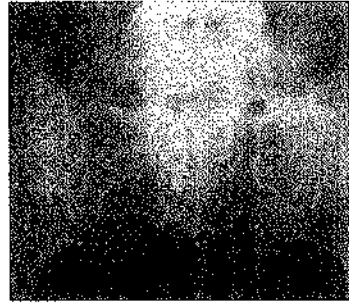
H95

1. H.94; H.95: mô tả hình ảnh X-quang.
2. Có cần can thiệp gì cho các tổn thương trên không?

Trường hợp 47. (H.96)

Bệnh nhân nam, 47 tuổi, làm nghề giáo viên, đau cột sống thắt lưng kiểu cơ học không thường xuyên từ vài năm nay. Chỉ

đau tại cột sống thắt lưng, không đau thần kinh tọa. Bệnh nhân không có bất thường gì khác. Thể trạng bình thường. Khám vận động cột sống thắt lưng hoàn toàn bình thường. Bệnh nhân mang theo phim X-quang chụp từ tuyến dưới, không có phim X-quang cột sống thắt lưng, chỉ có phần thắt lưng cùng (H.96).

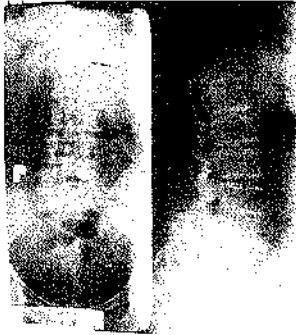


H96

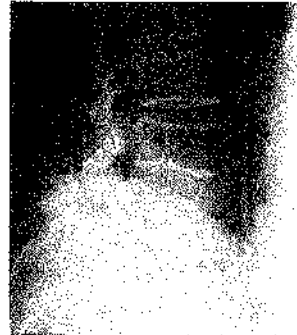
1. H.96: hãy chỉ ra các tổn thương trên phim X-quang?
2. Đó có phải là nguyên nhân gây đau cột sống thắt lưng không?

Trường hợp 48. (H.97; H.98)

Một phụ nữ, 45 tuổi, có tiền sử đau cột sống thắt lưng kéo dài từ nhiều năm nay. Đau kiểu cơ học. Tuy nhiên, do làm nghề văn phòng, công việc nhẹ nhàng nên bệnh nhân vẫn có thể hoạt động bình thường và nghĩ rằng đau cột sống thắt lưng là do nghề nghiệp đòi hỏi ngồi nhiều. Bệnh nhân chỉ đau tại cột sống thắt lưng, không có hội chứng rễ, không rối loạn cơ tròn. Thể trạng bệnh nhân hơi béo, gần đây vẫn giữ cân nặng như vậy, không sút cân. Khám: cao 154 cm, nặng 62 kg. Cột sống thắt lưng mất đường cong sinh lý, quá uốn về phía trước. Khoảng cách tay - đất: 0 cm. Phản xạ gân xương bình thường.



H97



H98

1. H.97; H.98: nêu một xét nghiệm có giá trị nhất có thể xác định tổn thương:
 - a) Chụp thêm phim cột sống thắt lưng chéo 3/4 phải và trái
 - b) Xạ hình xương (scintigraphy)
 - c) Bilan phospho-calcii
 - d) HLA-B27
 - e) Xét nghiệm nước tiểu (tổng phân tích)
 - f) Bilan viêm
2. Chẩn đoán đúng là:
 - a) Thoái hóa cột sống thắt lưng
 - b) Nghi ngờ thoát vị đĩa đệm
 - c) Viêm đĩa đệm đốt sống
 - d) Trượt đốt sống ra trước
 - e) Viêm cột sống dính khớp
3. Phân tích chẩn đoán?
4. Nêu 3 nhóm thuốc hoặc biện pháp có chỉ định trong điều trị ở bệnh nhân này:
 - a) Tiêm corticoid tại khớp liên mấu cột sống thắt lưng
 - b) Corticoid đường toàn thân
 - c) Thuốc chống viêm không steroid
 - d) Thuốc giãn cơ (Myonal; Mydocalm...)

- e) Tập luyện tích cực cột sống thắt lưng
- f) Đeo thắt lưng cố định cột sống thắt lưng

Trường hợp 49. (H.101; H.102; H.103; H.104)

Nam sinh viên, 22 tuổi, phàn nàn vì cảm giác mỗi cột sống thắt lưng vài tháng nay. Bệnh nhân chỉ đau tại cột sống thắt lưng, không có hội chứng rễ, không rối loạn cơ tròn. Thở trạng trung bình, gân dây vẫn giữ cân nặng như vậy, không sút cân. Sinh viên này vẫn chơi cầu lông, bóng rổ thường xuyên. Khám: cột sống thắt lưng mất đường cong sinh lý, không gù, vẹo. Khoảng cách tay – đất: 0 cm. Phản xạ gân xương bình thường. Các bộ phận khác bình thường.



H101



H102



H103



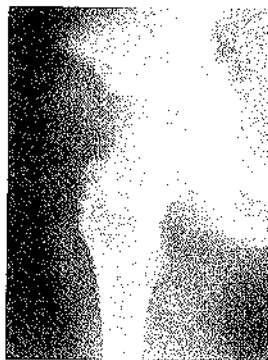
H104

1. Mô tả tổn thương trên 4 phim X-quang?
2. Các bệnh nhân đau cột sống thắt lưng nên thực hiện lời khuyên nào dưới đây:
 - a) Cố định cột sống thắt lưng
 - b) Bơi
 - c) Đẩy tạ
 - d) Chèo thuyền
 - e) Nằm đệm thật mềm

Trường hợp 50. (H.105)

Bé trai, 12 tuổi, đau khớp háng phải mới xuất hiện 3 tháng nay, đi tập thể. Lúc đầu đau kiểu cơ học, sau đau suốt ngày đêm. Bệnh nhi không thể chạy nhảy hoặc đá bóng. Khám thể trạng trung bình, không sờ thấy hạch ngoại biên. Khớp háng phải không sưng, không có điểm đau chói tại khớp. Hạn chế vận động động tác gấp khớp háng phải nhẹ, do đau.

1. Nêu 3 xét nghiệm cần chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán:
 - a) Xạ hình xương (scintigraphy)
 - b) Bilan viêm
 - c) Siêu âm khớp háng
 - d) Bilan phospho-calcii
 - e) X-quang
 - f) Xét nghiệm nước tiểu (tổng phân tích)



H105

2. Kết quả xét nghiệm của bệnh nhân: bilan viêm âm tính và siêu âm khớp háng bình thường.

H.105: hình ảnh X-quang của bệnh nhân chọn hai chẩn

đoán có khả năng nhất:

- a) Sarcom xương
 - b) Kén xương (kyste essentiel)
 - c) U máu (kyste aneurismal)
 - d) U tế bào khổng lồ
 - e) U dạng xương (Osteome osteoid)
3. Phân tích chẩn đoán?
4. Chỉ ra một thuốc hoặc biện pháp có chỉ định trong điều trị bệnh nhân này?
- a) Thuốc chống loãng xương (Fosamax hoặc Miacalcic...)
 - b) Phẫu thuật lấy bỏ tổn thương và chống gãy xương (nhồi xương hoặc cố định bằng đinh)
 - c) Bó bột cố định

Trường hợp 51. (H.107; H.108)

Bé trai, 13 tuổi, có các đợt đau khớp cổ chân phải từ một năm nay, mỗi đợt chừng 5-7 ngày. Gần đây hiện tượng đau tại khớp cổ chân trở nên liên tục nhiều tháng, đôi lúc có kèm theo sưng. Đau chủ yếu về đêm. Hiện trẻ đi lại khó khăn. Không sốt, không gầy sút cân. Khám: khớp cổ chân phải sưng nhẹ, không có điểm đau chói, các động tác vận động khớp bình thường. Thể trạng bình thường, không có hạch ngoại biên. Các xét nghiệm hoàn toàn bình thường (bilan viêm và bilan phospho-calcium âm tính).



H107

1. H.107: nếu một xét nghiệm có giá trị chẩn đoán:

- a) Chụp cắt lớp vi tính 1/3 dưới cẳng chân
- b) Chụp cộng hưởng 1/3 dưới cẳng chân
- c) Phân ứng Mantoux
- d) Xạ hình xương (scintigraphy)
- e) Siêu âm phần mềm cẳng chân

2. H.108: phim CT của bệnh nhân. Chẩn đoán có thể là:

- a) Viêm khớp cổ chân
- b) U dạng xương (osteome osteoide)
- c) Kén xương
- d) Sarcom xương
- e) Cột tủy viêm

3. Phân tích chẩn đoán

4. Có test nào khác góp phần khẳng định chẩn đoán trên?
5. Nếu phương pháp điều trị?

Trong hộp 52. (H.109)

Bệnh nhân nam, 15 tuổi, đau vùng hông phải âm thầm từ nhiều tháng nay, chủ yếu về đêm. Không sốt. Đau thuyên giảm khi dùng aspirin. Gắn dây bệnh nhân đi lại khó khăn. Khám: vận động khớp đi lại khó khăn. Khám: vận động khớp hàng hai bên đều bình thường, không có các bất thường tại khớp. Các xét nghiệm về viêm và phospho-calcium âm tính.

H109



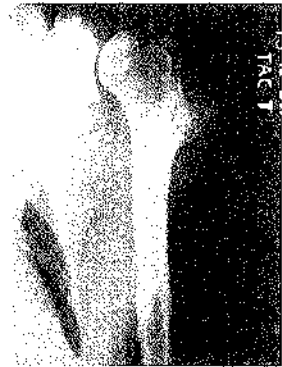
H108



1. H.109: mô tả hình ảnh X-quang?
2. Chẩn đoán có thể là:
 - a) Cột tủy viêm
 - b) Kén xương
 - c) U dạng xương (ostéome osteoide)
 - d) Sarcom xương
 - e) Nhồi máu (infactus) xương

Trường hợp 53. (H.110)

Bệnh nhân nam, 37 tuổi, đến khám vì ngày càng cảm thấy khó khăn hơn khi giờ tay trái lên cao. Ngay từ nhỏ, bệnh nhân đã thấy có một khối cứng ở cánh tay trái, song không ảnh hưởng gì đến vận động cánh tay này cho đến gần đây. Khối này cứng chắc và to dần, không bao giờ đau. Khám: có một khối chắc ngay dưới mỏm cùng vai trái, kích thước khoảng 3cm, dường như có một đầu tương đối nhọn như một cái mấu. Khối này rắn, chắc, không di động, ấn không đau. Da tại vùng này bình thường. Các bộ phận khác hoàn toàn bình thường. Bệnh nhân không bao giờ sốt. Mọi sinh hoạt, ăn ngủ bình thường.



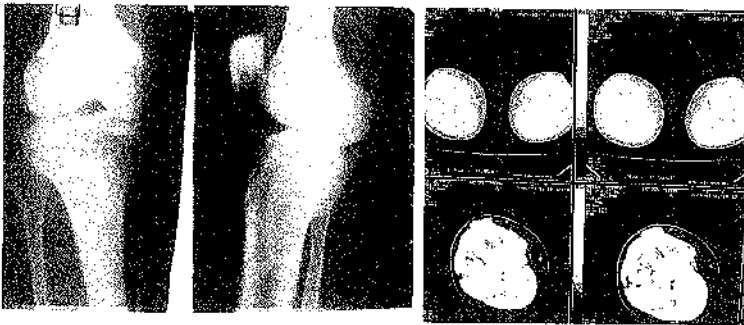
H110

1. Nêu hai xét nghiệm cần chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán phân biệt:
 - a) Chụp cắt lớp vi tính đầu trên xương cánh tay trái
 - b) Bilan viêm
 - c) Xạ hình xương (scintigraphy)
 - d) Bilan phospho-calcii

- e) Chọc hút sinh thiết khối u
2. Chẩn đoán có thể là:
 - a) Hạt dưới da gặp trong bệnh viêm khớp dạng thấp
 - b) U xương-sụn lành tính (exostose)
 - c) U xương ác tính
 - d) U xương trong bệnh đa u tủy xương (bệnh Kahler)
3. Phân tích chẩn đoán?

Trường hợp 54. (H.111; H.112)

Bệnh nhân nam, 44 tuổi, đến khám vì đau khớp gối phải. Khi đi lại, bệnh nhân thấy tiếng lạo xạo tại khớp gối phải, đôi khi có cảm giác đau khi vận động nhiều. Khám: tại khớp gối phải không sưng, không có dịch. Thầy thuốc phát hiện có một gờ cứng như xương trên xương chày phải, có vẻ như đó là triệu chứng phì đại xương trong thoái hóa khớp gối. Bệnh nhân không nhận thấy đau trên xương chày có vẻ to ra hoặc chưa từng để ý thấy gờ xương này. Khớp gối trái và các khớp khác bình thường. Toàn trạng bình thường.



H111

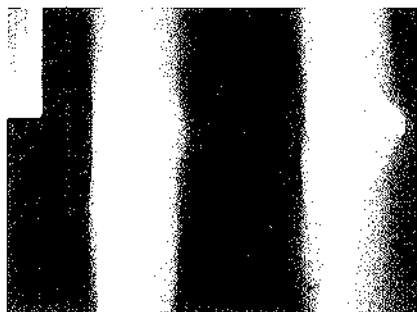
H112

1. H.111; H.112: chẩn đoán có thể là:

- a) Xương tân tạo trong thoái hóa khớp gối
 - b) Hạt dưới da gặp trong bệnh viêm khớp dạng thấp
 - c) U xương-sụn lành tính
 - d) Sarcom xương
2. Phân tích chẩn đoán?
3. Chỉ ra thuốc hoặc biện pháp có chỉ định trong điều trị bệnh nhân này:
- a) Tiêm corticoid tại vùng u xương
 - b) Nạo vét khối u
 - c) Thuốc chống viêm không steroid
 - d) Thuốc chống thoái hóa khớp tác dụng chậm (Glucosamin...)
 - e) Không cần điều trị gì

Trường hợp 55. (H.113; H.114)

Nam thanh niên, 25 tuổi, tự phát hiện thấy xương ở nhiều nơi trên cơ thể có các cục cứng chồi lên: gối, khuỷu, cổ chân... Các khối này sờ thấy chắc, cứng, không di động, không đau, không gây cản trở vận động khớp. Trước đây bệnh nhân không nhận thấy sự có mặt của các khối này. Gần đây, dường như các khối này có vẻ to ra. Toàn trạng không thay đổi, không sờ thấy các hạch ngoại biên, các bộ phận khác bình thường.



H113



H114

1. H.113; H.114: các tổn thương nêu trên có khả năng là:
 - a) Xương tân tạo trong thoái hóa khớp
 - b) U xương-sụn lành tính
 - c) U xương-sụn ác tính
 - d) Hạt tồ phi
2. Phân tích chẩn đoán?

Trường hợp 56. (H.115)

Nữ chủ quán ăn, 42 tuổi, cỡ người to béo, than phiền vì đau gan chân hai bên. Mỗi khi đi lại nhiều, bệnh nhân đau thành từng đợt. Đau tăng khi vận động, giảm khi nghỉ ngơi. Khám: cao 1,55 mét, nặng 70 kg. Gan chân màu sắc bình thường, không sưng. Có điểm đau chói khi ấn tại giữa gan chân, vùng bám tận của cân gan chân.

1. Nếu xét nghiệm cần chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán xác định:
 - a) Chụp cắt lớp vi tính xương gót
 - b) Bilan viêm
 - c) Xạ hình xương (scintigraphy)
 - d) Bilan-phospho-calci

- e) HLA-B27
- f) Không cần bất cứ xét nghiệm gì

2. H. 115 chẩn đoán có thể là:

- a) Thoái hóa khớp cổ chân
- b) Viêm cân gan chân
- c) Hội chứng bán tặn trong bệnh viêm cột sống dính khớp
- d) Viêm xương gót



H115

3. Chỉ ra các thuốc có chỉ định trong điều trị bệnh nhân này:

- a) Tiêm corticoid tại vùng điểm đau trên gan chân
- b) Methotrexat
- c) Salazopyrin
- d) Thuốc chống viêm không steroid
- e) Kháng sinh

Trường hợp 57. (H.116)

Bệnh nhân nam, 55 tuổi, đến khám vì đau cổ chân hai bên mới xuất hiện cách đó hai ngày. Bệnh nhân đau kiểu cơ học. Không sốt. Khám: phần trước khớp cổ chân bình thường. Không sưng, không có điểm đau, không nóng đỏ. Phần gân Achille sung, không nóng, không đỏ, ấn tại chỗ rất đau. Các khớp khác hoàn toàn bình thường, không đau. Toàn trạng bình thường, các bộ phận khác không có gì đặc biệt.

- 1. H.116: nêu một xét nghiệm cần chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán xác định:
 - a) Chụp cắt lớp vi tính khớp cổ chân
 - b) Siêu âm phần mềm khớp cổ chân, gân Achille

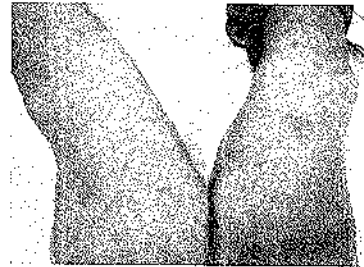
- c) Phản ứng Mantoux
 - d) Bilan viêm
 - e) HLA-B27
 - f) Acid uric
2. Chẩn đoán đúng là:
- a) Viêm gân Achilles
 - b) Thoái hóa khớp cổ chân
 - c) Viêm khớp do gút cấp
 - d) Viêm khớp do cổ chân (do vi khuẩn thường, vi khuẩn lao...)
3. Phân tích chẩn đoán?



H116

Trường hợp 58. (H.117)

Bệnh nhân nữ, 28 tuổi, đến khám vì đau khớp cổ tay trái, đau mức độ vừa phải, không ảnh hưởng đến sinh hoạt và nghề nghiệp. Tuy nhiên, bệnh nhân rất lo lắng vì có một khối u ở trên mu tay trái, đã xuất hiện từ vài tháng nay. Khối u này có thời gian biến mất, có lúc to, lúc nhỏ. Bệnh nhân không bị thay đổi toàn trạng, không sốt.



H117

1. Nên xét nghiệm cần chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán xác định:
- a) Chụp phim X-quang khối xương bàn tay
 - b) Bilan viêm
 - c) Xét nghiệm tế bào học khối u
 - d) Bilan phospho-calci

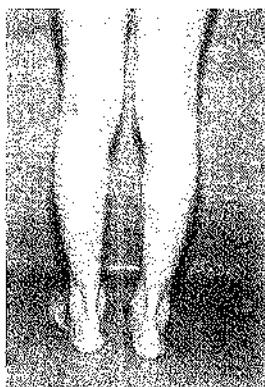
- e) Chụp cắt lớp vi tính khối u
 - f) Không cần bất cứ xét nghiệm nào
2. Chẩn đoán đúng là:
- a) Viêm khớp cổ tay
 - b) Hạt dưới da trong bệnh viêm khớp dạng thấp
 - c) Sarcome màng hoạt dịch
 - d) U xương
 - e) Kén màng hoạt dịch (Kyste synoviale)
3. Chỉ ra các thuốc hoặc biện pháp có chỉ định trong điều trị bệnh nhân này:
- a) Tiêm corticoid tại tổn thương
 - b) Corticoid đường toàn thân
 - c) Thuốc chống viêm không steroid
 - d) Methotrexat liều nhỏ
 - e) Tránh các động tác gấp cổ tay quá mức
 - f) Bỏ bột cố định
 - g) Phẫu thuật

Trường hợp 59. (H.118; H.119)

Một phụ nữ, 56 tuổi, đến khám vì đau khớp gối trái kiểu cơ học. Gần đây bệnh nhân thấy ở khoeo chân trái xuất hiện một khối chắc. Bệnh nhân không thể ngồi xổm, khó gấp chân trái, đi lại khó khăn do vướng khối u này. Bệnh nhân không sốt, thể trạng bình thường. Khám tại khoeo chân trái có một khối tròn, ranh giới rõ, căng, chắc, ấn không đau, không di động. Phần cơ cẳng chân trái bình thường, không nóng, không đỏ, không có hiện tượng chèn ép tĩnh mạch, không teo cơ. Không sờ thấy hạch ngoại biên. Các bộ phận khác bình thường.

1. H.118: nêu 3 xét nghiệm được chỉ định nhằm mục đích xác định tổn thương:

- a) Chụp cắt lớp vi tính khớp gối
- b) Siêu âm phần mềm khớp gối
- c) Phản ứng Mantoux
- d) Chụp khớp gối cân quang
- e) Chọc hút tổn thương
- f) Xạ hình xương (scintigraphy)



H118

2. H.119: là hình ảnh siêu âm khoeo chân. Dự đoán dịch chọc hút từ tổn thương sẽ là:

- a) Dịch máu
- b) Dịch khớp
- c) Bã đậu
- d) Dịch mủ



H119

3. Tổn thương có thể là:

- a) Viêm khớp gối
- b) Thoái hóa khớp gối
- c) Sarcome màng hoạt dịch
- d) Kén màng hoạt dịch (Kyste synoviale)
- e) U máu

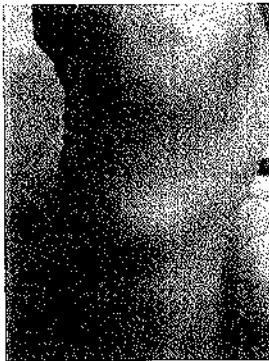
4. Chỉ ra các thuốc hoặc biện pháp có chỉ định trong điều trị bệnh nhân này:

- a) Tiêm corticoid tại khớp gối
- b) Chọc hút tổn thương
- c) Thuốc chống viêm không steroid
- d) Chiếu xạ khối tổn thương

- e) Băng ép khoeo chân
- f) Bó bột cổ định
- g) Phẫu thuật
- h) Điều trị bệnh lý khớp kết hợp

Trường hợp 60. (H.120; H.121; H.122)

Bé trai, 10 tuổi, được chuyển từ bệnh viện địa phương với chẩn đoán là ung thư xương chày hai bên. Cháu bé vẫn phát triển bình thường, ưa chạy nhảy, thường xuyên đá bóng. Gần đây cháu kêu đau tại vùng lồi củ trước xương chày hai bên; đau tăng lên khi bệnh nhi bước hoặc khi chạy. Bố mẹ cháu thấy vùng lồi củ xương chày sưng to, ấn vào cháu kêu rất đau, xoa bóp dầu không giảm đau. Sau khi khám và được chụp phim X-quang khớp gối, cháu được y tế cơ sở chẩn đoán là ung thư xương chày hai bên khiến bố mẹ cháu rất lo lắng. Khám: thể trạng bệnh nhân bình thường. Tại vùng dưới xương bánh chè có các đám xuất huyết dưới da (xuất hiện sau khi xoa bóp dầu nóng), vùng lồi củ xương chày phải sưng, ấn có điểm đau chói.



H120



H121

1. H.120; H.121: nêu 1 xét nghiệm cần chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán xác định:
 - a) Chụp phim X-quang quy ước khớp gối hai bên
 - b) Chụp cắt lớp vi tính khớp gối hai bên
 - c) Bilan viêm
 - d) Bilan phospho-calcii
 - e) HLA-B27
 - f) Xạ hình xương (scintigraphy)
 2. H.122: hình ảnh tổn thương trên phim X-quang là:
 - a) Bong màng xương
 - b) Cấu trúc bình thường của lõi củ xương chày trước chưa cốt hóa hoàn toàn
 - c) Calci hóa phần mềm
 - d) Sarcome đầu trên xương chày
- The image is a black and white X-ray of a knee joint. It shows the distal femur at the top and the proximal tibia below it. There is a prominent, dark, irregularly shaped mass located on the distal femur, which is the area of the distal femoral epiphysis. The mass has a somewhat lobulated or irregular border. The rest of the knee joint, including the joint space and the proximal tibia, appears relatively normal. The label 'H122' is centered below the image.
- H122
3. Phân tích chẩn đoán?
 4. Chỉ ra các thuốc hoặc biện pháp có chỉ định trong điều trị bệnh nhân này:
 - a) Tiêm corticoid tại tổn thương
 - b) Bổ sung calci - vitamin D
 - c) Chiếu xạ khối tổn thương
 - d) Dùng máng bột cố định
 - e) Băng ép khớp gối
 - f) Phẫu thuật
 - g) Thuốc chống viêm không steroid
 - h) Giảm vận động các động tác như chạy, nhảy, đá bóng

Trường hợp 61. (H.125; H.126; H.127)

Bé trai, 14 tuổi, đến khám vì đau cột sống thắt lưng kiểu cơ học từ vài năm nay. Em đã đi khám nhiều nơi song không rõ chẩn đoán. Mặc dù em vẫn có thể học tập, sinh hoạt, chơi đá bóng như các bạn khác, song cột sống vùng cột sống lưng-thắt lưng gù dần. Không sưng đau các khớp khác. Không sốt. Khám: thể trạng trung bình. Ngoài triệu chứng gù cong đoạn cột sống vùng lưng-thắt lưng, không phát hiện ra các bất thường khác. Cột sống vận động bình thường, không có điểm đau khu trú.

1. Nêu các xét nghiệm cần chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán và nêu lý do chỉ định:
 - a) Chụp cắt lớp vi tính cột sống thắt lưng
 - b) Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng
 - c) Phản ứng Mantoux
 - d) Bilan phospho-calci
 - e) Bilan viêm
 - f) HLA-B27



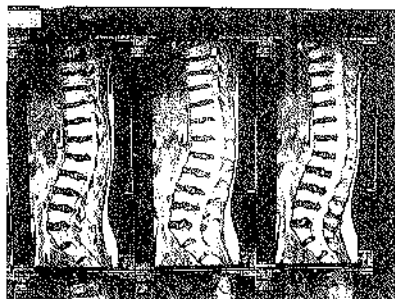
H125



H126

2. H.125; H.126: kết quả xét nghiệm về viêm và bilan phospho-calci âm tính. Chẩn đoán có thể là:

- a) Viêm cột sống dính khớp
- b) Loãng xương trẻ em
- c) Gù vẹo học đường
- d) Bệnh Scheuermann
- e) Di chứng của viêm đĩa đệm đốt sống do lao (lao cột sống)



H127

3. H.127: phim cộng hưởng từ của bệnh nhân. Hãy phân tích chẩn đoán?
4. Nêu sơ lược về bệnh và hướng điều trị ở giai đoạn này?

Trường hợp 62. (H.128; H.129)

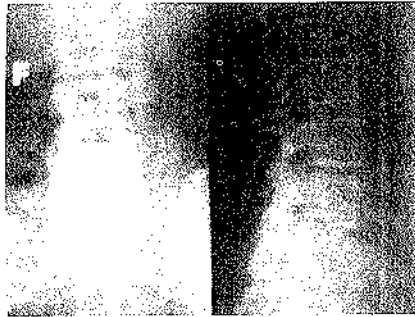
Bệnh nhân nữ, 41 tuổi, là nhân viên văn phòng, đến khám vì đau cột sống thắt lưng. Bệnh nhân đau kiểu cơ học, mức độ vừa phải. Cột sống vùng lưng-thắt lưng của chị bị gù nhẹ từ lúc 9-10 tuổi, đã được chẩn đoán là rối loạn tư thế học đường. Bệnh nhân vẫn có thể lao động và sinh hoạt bình thường. Khám: vận động cột sống bình thường, không có điểm đau khu trú. Thể trạng bệnh nhân trong tiền sử và hiện tại bình thường và các xét nghiệm về viêm và bilan phospho-calcium hoàn toàn bình thường.

1. H.128; H.129: chẩn đoán có thể là:

- a) Di chứng của bệnh Scheuermann
 - b) Di chứng sau chấn thương cột sống
 - c) Di chứng của viêm đĩa đệm đốt sống do lao (lao cột sống)
 - d) Thoái hóa cột sống
2. Phân tích chẩn đoán?



H128



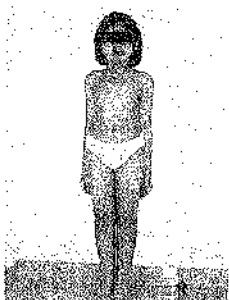
H129

Trường hợp 63. (H.130; H.131; H.132; H.133; H.134; H.135)

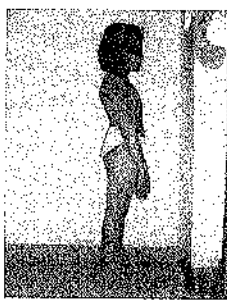
H.130; H.131; H.132: bé gái, 9 tuổi, bị gù cong đoạn cột sống lưng từ năm 7-8 tuổi. Phần cột sống lưng bị biến dạng ngày càng tăng, song nói chung cháu vẫn có thể sinh hoạt bình thường. Thể trạng bệnh nhi phát triển bình thường. Không có rối loạn trí tuệ kèm theo... Cháu được sinh đúng tháng đẻ thường. Khi mang thai cháu, sức khỏe mẹ cháu bình thường, quá trình nuôi dưỡng lúc nhỏ bình thường.

1. H.133; H.134; H.135: chẩn đoán có thể là:
- a) Di chứng còi xương
 - b) Loãng xương trẻ em
 - c) Bệnh Scheuermann
 - d) Di chứng viêm đĩa đệm đốt sống do lao (lao cột sống)

- e) Viêm cột sống dính khớp
2. Nêu các xét nghiệm cần chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán nguyên nhân:
- a) Các xét nghiệm thăm dò về các tuyến nội tiết
 - b) Chụp cắt lớp vi tính cột sống thắt lưng
 - c) Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng
 - d) Bilan phospho-calci
 - e) Bilan viêm
 - f) HLA-B27
 - g) Phản ứng Mantoux
3. Kết quả các xét nghiệm về viêm và bilan phospho-calci của bệnh nhi hoàn toàn bình thường. Phân tích chẩn đoán?



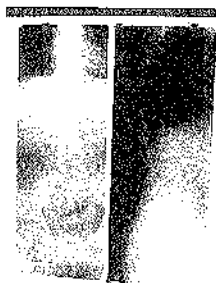
H130



H131



H132



H133



H134



H135

Trường hợp 64. (H.136)

Bệnh nhân nam, 38 tuổi, đau khớp háng phải xuất hiện sau khi trượt chân và được chụp phim X-quang khớp háng kiểm tra. Trước đó bệnh nhân không đau xương khớp bao giờ, không có bệnh gì khác. Khám thể trạng bệnh nhân hoàn toàn bình thường, vận động các động tác khớp khác bình thường, các bộ phận khác không có gì đặc biệt.

1. Nêu các xét nghiệm cần chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán
 - a) Chụp cắt lớp vi tính khung chậu - khớp háng
 - b) Chụp cộng hưởng khung chậu - khớp háng
 - c) Chỉ cần bilan viêm và bilan phospho-calcii
 - d) Xạ hình xương (scintigraphy)



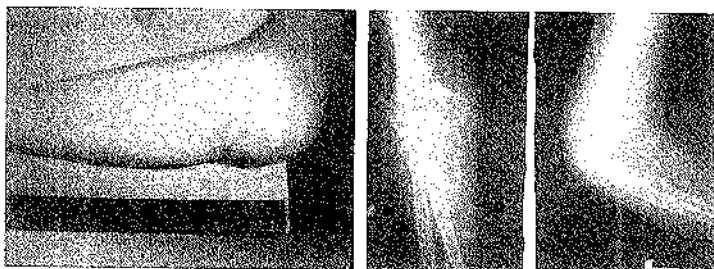
H136

2. H.136: phân tích chẩn đoán?

Trường hợp 65. (H.138; H.139)

Bệnh nhân nữ, 78 tuổi, được phát hiện u khuỷu tay trái từ nhiều năm nay. Tay trái sưng, không đau, không nóng đỏ. Khuỷu tay trái ngày càng to dần và không thể gấp duỗi khuỷu trái. Thể trạng hoàn toàn bình thường, không gầy sút, không sốt, không ho

khác, không có các triệu chứng gì khác tại các khớp khác cũng như tại các bộ phận khác.



H138

H139

1. H.138; H.139: chẩn đoán có thể là:
 - a) Sarcom đầu dưới xương cánh tay
 - b) U máu
 - c) Viêm khớp khuỷu trái
 - d) Thoái hóa khớp khuỷu trái
 - e) U tế bào khổng lồ
2. Phân tích chẩn đoán?

Trường hợp 66. (H.140; H.141)

Bệnh nhân nữ, 57 tuổi, vào viện vì đau cấp tính ở vai trái. Bệnh nhân đau dữ dội, kèm theo sưng tại vai trái, giảm vận động các động tác khớp vai trái. Trước đó bệnh nhân không bị đau khớp bao giờ, không gầy sút, không sốt, không ho khạc. Khám: thể trạng hoàn toàn bình thường. Khớp vai trái sưng, nóng, đỏ và đau, giảm vận động tất cả các động tác của khớp vai trái do đau. Ngoài ra không có các triệu chứng gì khác tại các khớp háng cũng như tại các bộ phận khác, không sờ thấy hạch ngoại biên.



H140

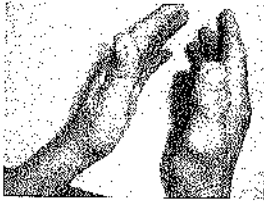


H141

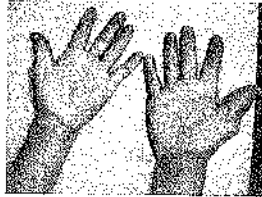
1. H.140; H.141: chẩn đoán đúng là:
 - a) Viêm quanh khớp vai trái
 - b) Viêm khớp vai trái
 - c) Sarcom khớp đầu trên xương cánh tay trái
 - d) U tế bào khổng lồ trên xương cánh tay trái
 - e) Cả a và c đều đúng
 - f) Cả a và d đều đúng
2. Phân tích chẩn đoán?

Trường hợp 67. (H.142; H.143; H.144)

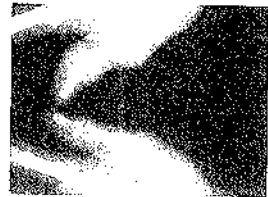
Bệnh nhân nam, 45 tuổi, khỏe mạnh, là thợ cơ khí, rất lo lắng vì có một khối cứng ở ngón tay cái bên phải xuất hiện từ một năm nay. Khối cứng ở khớp bàn ngón tay phải tròn, cứng, không di động, không đau. (H.144; H.143) từ trước tới nay bệnh nhân không hề đau khớp và khối cứng đó cũng không gây đau. Bệnh nhân không có bất cứ một rối loạn nào khác. Thể trạng bệnh nhân bình thường. Khối ở ngón tay cái phải ranh giới rõ, chắc, không di động, ấn không đau. Vận động khớp bàn ngón tay cái phải cũng như các khớp khác bình thường. Khám các bộ phận khác bình thường.



H142



H143



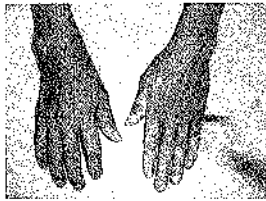
H144

1. H.142; H.143; H.144: nêu các xét nghiệm cần chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán:
 - a) Không cần thêm bất cứ xét nghiệm gì
 - b) Phản ứng Mantoux
 - c) Định lượng acid uric máu
 - d) Bilan phospho-calcii
 - e) Bilan viêm
 - f) Chụp cắt lớp vi tính khối u xương
2. Chẩn đoán có thể là:
 - a) Thoái hóa khớp bàn ngón tay
 - b) Hạt dưới da trong bệnh viêm khớp dạng thấp
 - c) Hạt tôphi
 - d) U xương lành tính (exostose)
 - e) Sarcom xương

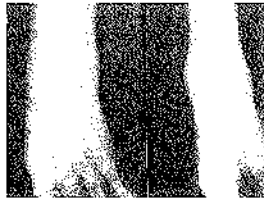
Trường hợp 68. (H.145; H.146; H.147)

Một nam giới, 53 tuổi, nghiện thuốc lá hút 12 bao năm có tiền sử ho khạc đờm kéo dài 3 năm nay. Bệnh nhân không ho ra máu, chỉ khạc đờm trắng, đặc, đã được chẩn đoán là viêm phế quản mạn tính và điều trị những đợt tiến triển. Sáu tháng gần đây xuất hiện sưng đau khớp cổ tay phải. Khớp sưng đau là chính, không nóng đỏ. Tình trạng sưng đau tại khớp tăng dần, giảm vận động. Đôi

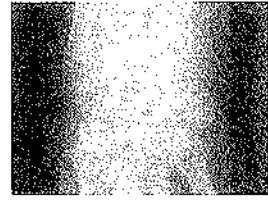
khi bệnh nhân có sốt $37^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$ về chiều. Bệnh nhân có gầy sút 3 kg trong 6 tháng.



H145



H146



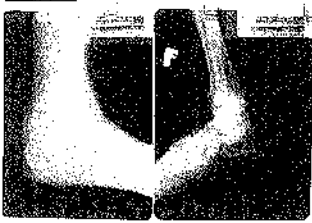
H147

1. H.145; H.146; H.147: nêu các xét nghiệm cần chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán:
 - a) Chụp cắt lớp vi tính khớp cổ tay
 - b) Chụp tim phổi
 - c) Chọc hút dịch khớp làm xét nghiệm
 - d) Billan phospho-calcii
 - e) Bilan viêm
 - f) Bilan lao
 - g) HIV
2. Chẩn đoán có thể là:
 - a) Tổn thương khớp trong hội chứng Pierrère – Marie
 - b) Hội chứng Shudeck (Algodisstrophié - đau do loạn dưỡng)
 - c) Hoại tử vô khuẩn xương cổ tay
 - d) Lao khớp cổ tay
 - e) Viêm khớp cổ tay do nhiễm khuẩn
3. Phân tích chẩn đoán?

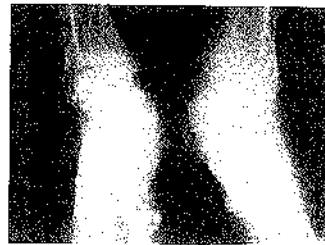
Trường hợp 69. (H.148; H.149)

Trong tua trực bác sỹ đi buồng xem bệnh nhân mới vào viện. Cụ ông, 80 tuổi, sưng đau khớp cổ chân phải từ 3 tháng nay sau

khi cây một mụn nhỏ ở mu chân. Những ngày đầu tiên bệnh nhân có sốt $38,5^{\circ}\text{C}$ đến 39°C , sốt nóng, không kèm theo rét run. Những ngày sau này, bệnh nhân không sốt. Khám thể trạng gây mặc dù ăn uống tốt. Tiểu nhiều lần trong ngày và số lượng nước tiểu nhiều (chừng 2 – 3 lít mỗi ngày). Bệnh nhân không ho khạc. Bệnh nhân chưa được điều trị thuốc gì. Khám: khớp cổ chân phải sưng, nóng, hơi đỏ, ấn tại khớp bệnh nhân rất đau. Thể trạng gây, không sốt, không sờ thấy hạch ngoại vi. Các khớp khác bình thường, các bộ phận khác bình thường.



H148



H149

1. H.148; H.149: chẩn đoán đúng là:
 - a) Viêm khớp cổ chân phải do vi khuẩn
 - b) Viêm khớp cổ chân phải do lao
 - c) Viêm khớp cổ chân phải trong bệnh gút
 - d) Hội chứng Sudeck (Algodisstrophia - đau do loạn dưỡng)
 - e) Thoái hóa khớp cổ chân phải
2. Phân tích chẩn đoán. Liệu bệnh nhân có thể mắc bệnh gì khác kèm theo cần xử trí ngay không?

Trường hợp 70. (H.150; H.151; H.152)

Bệnh nhân nam, 27 tuổi, đau khớp háng phải mới xuất hiện 3

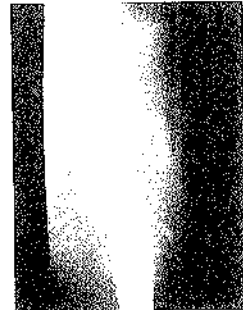
tháng nay. Đau ngày càng tăng. Bệnh nhân đã được thầy thuốc tại địa phương tiêm hydrocortison tại khớp háng và uống các thuốc chống viêm, giảm đau song không có kết quả. 3 tháng gần đây bệnh nhân đi lại phải chống nạng. Bệnh nhân gầy mất 5 kg trong vòng 3 tháng. Không sốt. Khám: khớp háng phải hạn chế vận động mọi động tác. Không sờ thấy hạch ngoại biên.



H150



H151



H152

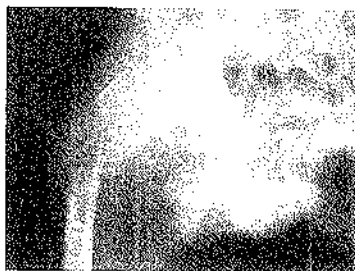
1. H.150; H.151; H.152: chẩn đoán có thể là:
 - a) Viêm khớp háng nhiễm khuẩn
 - b) Viêm khớp háng do lao
 - c) Tổn thương khớp háng trong viêm cột sống dính khớp
 - d) Sarcom đầu trên xương đùi phải
 - e) Cốt tủy viêm xương đùi phải
2. Chọn một xét nghiệm có giá trị đoán xác định:
 - a) Chụp cắt lớp vi tính khớp háng phải
 - b) Chụp cộng hưởng từ khớp háng phải
 - c) Phản ứng Mantoux
 - d) Bilan phospho - calci
 - e) Bilan viêm
 - f) Chọc hút tổn thương xét nghiệm tế bào học

Trường hợp 71. (H.153; H.154)

Sau một va chạm trên đường, nạn nhân được đưa tới bệnh viện với chẩn đoán gãy xương đùi phải do tai nạn giao thông.



H153



H154

1. H.153; H.154: nguyên nhân gãy xương đùi có đúng là do chấn thương vẫn được gọi là “tai nạn giao thông” không? Nếu không, chẩn đoán đúng là gì?
2. Cần chỉ định các xét nghiệm gì để có thể xác định chẩn đoán?

Trường hợp 72. (H.155; H.156)

Nữ thanh niên, 22 tuổi, sưng đau khớp gối phải từ 3 tháng nay. Đau ngày càng tăng, đặc biệt đau tăng về đêm. Bệnh nhân tự phát hiện thấy phần trên xương chày phải sưng nhẹ. Bệnh nhân đã được điều trị kháng sinh với chẩn đoán viêm xương. Khám: thể trạng trung bình, không sốt, không sờ thấy hạch ngoại biên. Khớp gối phải không sưng, không có tràn dịch. Phần trên xương chày phải sưng nhẹ, ấn đau vừa phải, hơi nóng.



H155



H156

1. H.155; H.156: chẩn đoán có thể là:
 - a) Viêm lõi củ xương chày (bệnh Ossgood)
 - b) Viêm xương khớp nhiễm khuẩn (cốt tủy viêm)
 - c) Sarcom đầu trên xương mác phải
 - d) Lao xương
2. Phân tích chẩn đoán?

Trường hợp 73. (H.157)

Học sinh nam, 18 tuổi, được gửi từ bệnh viện địa phương với chẩn đoán viêm cột sống dính khớp. Từ vài tháng nay, bệnh nhân xuất hiện đau tại khớp háng và gối phải. Đau nhức nhối, cảm giác đau ở trong xương. Đau ngày càng tăng, đau thường về đêm khiến bệnh nhân mất ngủ, ăn kém, gầy sút. Bệnh nhân đã được uống dicloferac song không đỡ. Từ 10 ngày nay bệnh nhân đau tăng, không thể đạp xe đi học được do không thể nhấc được chân phải lên. Khám: bệnh nhân cao 1m60, nặng 50 kg. Khớp háng phải giảm vận động mọi động tác. Khớp gối phải vận động bình thường. Vùng mông phải to hơn mông trái, ấn sâu vào vùng trên ngoài xương cánh chậu đau chói. Sờ thấy tại vùng bẹn phải có 3 hạch nhỏ bằng hạt ngô (kích thước khoảng 0,5 cm), chắc, di động, ấn không đau. Xét nghiệm tế bào máu ngoại vi bình thường, số lượng bạch cầu bình thường; tốc độ máu lắng 22 mm giờ đầu phosphatase kiềm 613 U/L calci máu bình thường.



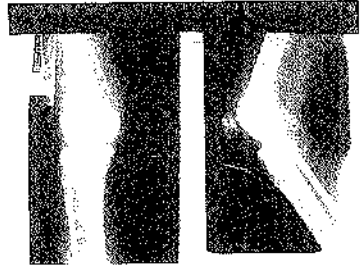
H157

1. H.157: lựa chọn một xét nghiệm có giá trị nhất trong việc xác định tổn thương nghi ngờ:
 - a) Chụp cắt lớp vi tính khung chậu
 - b) Chụp cộng hưởng từ khung chậu
 - c) HLA-B27
 - d) Bilan phospho-calci
 - e) Bilan viêm
 - f) Phản ứng Mantoux
2. Chẩn đoán đúng là:
 - a) Viêm khớp cùng chậu
 - b) Viêm cột sống dính khớp
 - c) Viêm khối cơ mông
 - d) Viêm khớp háng phải
 - e) Sarcom xương chậu
3. Phân tích chẩn đoán?

Trường hợp 74. (H.162)

Bệnh nhân nữ, 19 tuổi, đau tại đầu dưới xương đùi trái khoảng 3 – 4 tháng trở lại đây. Lúc đầu chỉ đau âm ỉ, sau đau tăng dần. Cảm giác nhức nhối ngày càng tăng, bệnh nhân thường mất ngủ

về đêm. Bệnh nhân đã tự dùng thuốc (Diclofenac, paracetamol...). Lúc đầu thì có đỡ đau, song gần đây hầu như không có hiệu quả. Bệnh nhân không sốt, ăn kém ngon, sút khoảng 2-3 kg. Khám: thể trạng trung bình, cao 156 cm, nặng 42kg. Hạch ngoại biên không to, tuyến giáp không to. Khớp gối trái có dấu hiệu bấp bệnh xương bánh chè. Chọc hút ra 15 ml dịch khớp màu vàng chanh, độ nhớt giảm, 100.000 bạch cầu/ml và chủ yếu là bạch cầu đa nhân.



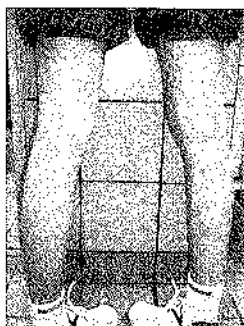
H162

1. H.162: chẩn đoán có thể là:
 - a) Sarcom đầu trên xương đùi trái
 - b) Cốt tủy viêm đầu trên xương đùi trái
 - c) Lao khớp gối trái
 - d) Viêm khớp gối trái (viêm không đặc hiệu)
2. Phân tích chẩn đoán?

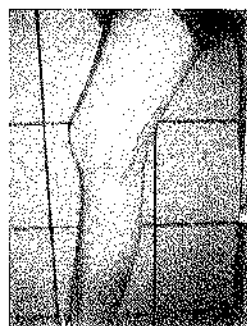
Trường hợp 75. (H.163; H.164)

Thiếu nữ, 16 tuổi, đến khám vì thấy xuất hiện các vết dài màu đỏ ở hai cẳng chân. Các vết rạn này mới xuất hiện 5 tháng gần đây và không thay đổi màu sắc hoặc kích thước, không ngứa, không đau. Bệnh nhân không có các biểu hiện bất kỳ triệu chứng lâm sàng nào khác ngoài các mụn trứng cá ở mặt. Do các mụn trứng cá này, bệnh nhân đi khám ở cơ sở thẩm mỹ tư nhân và được dùng một loại thuốc dạng bột không rõ tên thuốc. Sau khi dùng thuốc đó khoảng 3 tháng, các mụn trứng cá ngày càng phát triển và các vết rạn nói trên xuất hiện.

1. Nguyên nhân gây tổn thương da là:
 - a) Dị ứng
 - b) Sinh lý thời kỳ phát triển
 - c) Do thuốc
 - d) Vẩy nến
 - e) Chàm (Eczema)
2. Cần khai thác, thăm khám nhằm tìm các triệu chứng gì thường kết hợp với tổn thương da nói trên? Các xét nghiệm nào cần thiết được chỉ định?



H163

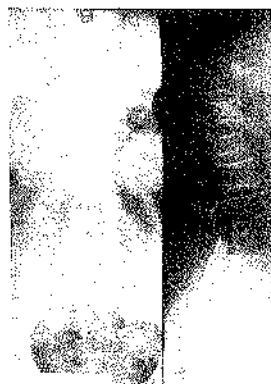


H164

Trường hợp 76. (H.165)

Nữ nông nhân vốn khỏe mạnh, 60 tuổi, đôi khi có đau cột sống thắt lưng kiểu cơ học. Gần đây bà được kiểm tra sức khỏe và rất ngạc nhiên vì mình bị giảm mắt 3 cm so với thời thanh niên. Bà đã mãn kinh 15 năm nay.

1. H.165: nêu các xét nghiệm và lý do chỉ định xét nghiệm đó:



H165

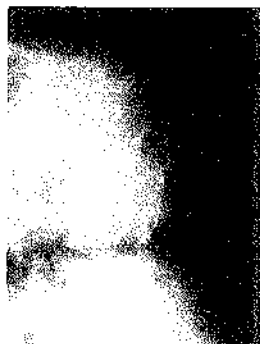
- a) Chụp cắt lớp vi tính cột sống thắt lưng
 - b) Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng
 - c) Phản ứng Mantoux
 - d) Bilan phospho-calcic
 - e) Bilan viêm
 - f) Đo mật độ xương
2. Chẩn đoán có thể là:
- a) Viêm đĩa đệm đốt sống do lao (lao cột sống)
 - b) Loãng xương
 - c) K di căn xương
 - d) Viêm cột sống dính khớp
 - e) Thoái hóa cột sống thắt lưng
3. Phân tích chẩn đoán?

Trường hợp 77. (H.166; H.167; H.168; H.169)

Cụ bà, 76 tuổi, đau cột sống thắt lưng mới xuất hiện 2 tuần nay. Bệnh nhân đau ở khoảng D12, đau dữ dội, đau tăng khi vận động, thậm chí không dám thở, đỡ đau khi nằm. Bệnh nhân có cảm giác gầy đi do rất đau, ăn uống kém. Trong tiền sử bệnh nhân không ho khạc, không có các triệu chứng gì bất thường tại các khớp ngoại biên cũng như tại các bộ phận khác. Khám cột sống thắt lưng có điểm đau chói tại D12, khối cơ cạnh cột sống thắt lưng bình thường. Không liệt, phản xạ gân xương bình thường, không có rối loạn cơ tròn.

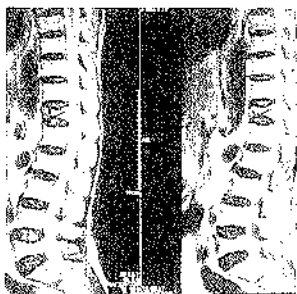


H166

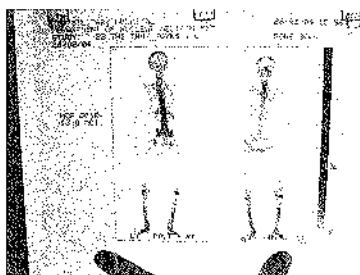


H167

1. H.166; H.167: nêu các xét nghiệm cần chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán nguyên nhân:
 - a) Đo mật độ xương
 - b) Siêu âm ổ bụng phần phụ
 - c) Phản ứng Mantoux
 - d) Bilan phospho-calcii
 - e) Bilan viêm
 - f) Xạ hình xương (scintigraphy)
 - g) Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng



H168



H169

2. H.168; H.169: xét nghiệm hội chứng viêm sinh học và bilan phospho-calcii âm tính, siêu âm ổ bụng bình thường.

Chẩn đoán có thể là:

- a) Thoái hóa cột sống thắt lưng
 - b) K di căn xương
 - c) Loãng xương
 - d) Viêm cột sống dính khớp
 - e) Viêm đĩa đệm đốt sống do lao (lao cột sống)
3. Phân tích chẩn đoán?
4. Chỉ ra 3 loại thuốc hoặc biện pháp có chỉ định trong điều trị bệnh nhân này:
- a) Đeo thắt lưng cố định
 - b) Paracetamol
 - c) Tiêm corticoid vào khớp liên mấu D12 – L1
 - d) Miacalcic
 - e) Calci Vitamin D
 - f) Kháng sinh
 - g) Tạo hình đốt sống

Trường hợp 78. (H.172)

Nam giới, 47 tuổi, là bộ đội đã giải ngũ được tuyển dưới chuyển lên vì đau cột sống thắt lưng. Từ khoảng 5-7 tháng nay bệnh nhân thấy đau cột sống thắt lưng, đau tăng về đêm, nhiều đêm phải thức dậy vì đau. Đau tăng dần, hạn chế vận động ngày càng rõ rệt, gần đây hầu như bệnh nhân không ngồi dậy được. Bệnh nhân ăn uống kém. Từ khi đau, gầy sút khoảng 7 kg. Khám: thể trạng gầy, da xanh, niêm mạc nhợt, không sờ thấy hạch ngoại biên. Ấn có



H172

điểm đau chói tại gai sống khoảng từ D12 đến L2. Bụng mềm, gan, lách, thận không to, tiền liệt tuyến bình thường, tim phổi bình thường.

1. Trên cơ sở thông tin trên H.172: nêu các xét nghiệm cần chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán:
 - a) Chụp cắt lớp vi tính cột sống thắt lưng
 - b) HLA-B27
 - c) Phản ứng Mantoux
 - d) Bilan phospho-calci
 - e) Bilan viêm
 - f) Xạ hình xương (scintigraphy)
 - g) Tủy đồ - sinh thiết tủy xương
2. Chẩn đoán đúng là:
 - a) Thoái hóa cột sống thắt lưng
 - b) Viêm cột sống dính khớp
 - c) Viêm đĩa đệm đốt sống do lao (lao cột sống)
 - d) Hủy đốt sống do K di căn
 - e) U mạch
3. Phân tích chẩn đoán?

Trường hợp 79. (H.173)

Nam giới, 59 tuổi, làm nghề nông, nhiều năm thường xuyên phun thuốc trừ sâu không có dụng cụ bảo hộ. Khoảng 3 tháng nay xuất hiện đau cột sống thắt lưng, đau tăng về đêm. Đau tăng dần, hạn chế vận động ngày càng rõ rệt 1 tháng, gần đây hầu như bệnh nhân không ngồi dậy được. Trong vòng 3 tháng nay, gầy sút 5 kg. Khám: thể trạng gầy; da xanh, niêm mạc nhợt; không sờ thấy hạch ngoại biên. Ấn không có điểm đau chói tại gai sống, bệnh nhân không làm được động tác cúi vì đau, thậm chí rất khó khăn

khi ngồi dậy. Khám các bộ phận khác chưa phát hiện điều gì bất thường.

1. H.173: mô tả tổn thương phim X-quang?
2. Các thông tin trên đã có thể khẳng định chẩn đoán không? Cần thiết chỉ định các xét nghiệm nào khác?



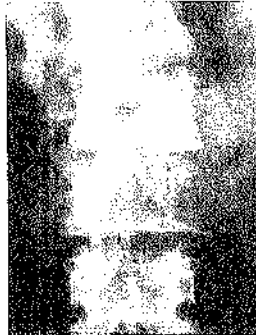
H173

Trường hợp 80. (H.176; H.177; 178; H.179; H.180)

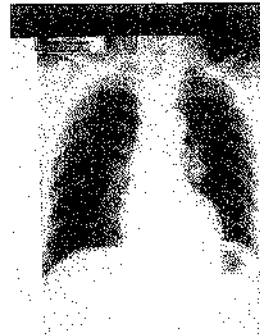
Nam thanh niên, 32 tuổi, trước khỏe mạnh hoàn toàn, thường xuyên hút thuốc lá 10 năm bao. Từ vài tháng nay xuất hiện đau cột sống thắt lưng, đau tăng về đêm, thường phải thức giấc vì đau. Đau cột sống thắt lưng ngày càng tăng. Lúc đầu bệnh nhân chỉ khó cúi, khó đi lại và gân dây hầu như không thể rời khỏi giường vì đau. Trước đó một năm, bệnh nhân có ho, đôi khi khạc đờm lẫn máu và đã được chẩn đoán và điều trị lao phổi. Hiện đau cột sống thắt lưng, kèm theo liệt nhẹ hai chi dưới, tăng phản xạ gân xương, không có rối loạn cơ tròn. Khám có hạch thượng đòn phải, kích thước 0,5 cm, di động, ấn không đau.



H176



H177

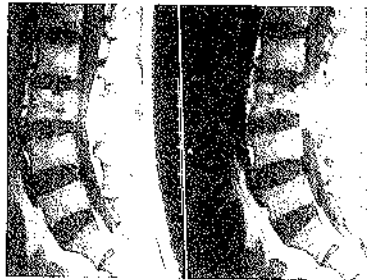


H178

1. H.176; H.177; H.178: nêu các xét nghiệm cần chỉ định và lý do chỉ định xét nghiệm đó?
 - a) Chụp cắt lớp vi tính cột sống thắt lưng
 - b) Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng
 - c) Chụp cắt lớp vi tính lồng ngực
 - d) Chụp cộng hưởng từ lồng ngực
 - e) Sinh thiết hạch thượng đòn
 - f) Phản ứng Mantoux
2. Chẩn đoán đúng là?
 - a) Lao phổi và lao cột sống
 - b) Viêm cột sống dính khớp
 - c) Đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm
 - d) K phổi di căn xương cột sống
 - e) K di căn phổi
 - f) K (nào đó) di căn cột sống và phổi



H179



H180

3. H.179; H.180 là hình ảnh cộng hưởng từ của bệnh nhân. Phân tích chẩn đoán?

Trường hợp 81. (H.181; H.182; H.183)

Bệnh nhân nam, 58 tuổi, vào viện vì yếu hai chi dưới. Từ 7 tháng nay, bệnh nhân xuất hiện đau cột sống thắt lưng, đau tăng về đêm. Bệnh nhân có tiền sử ho ra máu và đã được chẩn đoán lao phổi và lao cột sống. Liệu trình điều trị bằng 4 loại thuốc chống lao đã thực hiện được 3 tháng song đau tại cột sống thắt lưng ngày càng tăng, đôi khi vẫn khạc ra đờm lẫn máu. Khám: thể trạng gầy (cao 157 cm, 46 kg), không sờ thấy hạch ngoại biên, ngón tay dùi trống. Nghe phổi có rải rác ran ẩm 2 đáy phổi. Khám thần kinh: liệt hai chi dưới, tăng phản xạ gân xương hai chi dưới; không có rối loạn cơ tròn.



H181

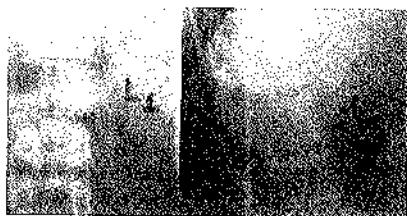
H182

H183

1. H.181; H.182; H.183: chẩn đoán có thể là:
 - a) Lao phổi và lao cột sống
 - b) Viêm đĩa đệm đốt sống do vi khuẩn không phải lao và bội nhiễm phổi
 - c) K phổi di căn đốt sống
 - d) K đốt sống di căn phổi
2. Hãy phân tích chẩn đoán?

Trường hợp 82. (H.186)

Bệnh nhân nam, 42 tuổi, đau cột sống thắt lưng mới xuất hiện 6 tháng nay. Đau kiểu viêm, tăng chủ yếu về đêm. Bệnh nhân đã gầy sút 5 kg. Bệnh nhân không sốt, không



H186

ho khạc, không có các triệu chứng bất thường tại các bộ phận khác. Các đoạn khác của cột sống và các khớp ngoại biên bình thường. Không sờ thấy hạch ngoại biên.

H.186: mô tả hình ảnh trên phim X-quang. Có thể chẩn đoán một cách chắc chắn về nguyên nhân tổn thương được không?

Trường hợp 83. (H.187)

Bệnh nhân nữ, 45 tuổi, là thư ký văn phòng. Bệnh nhân thường có những đợt đau mỏi nhẹ tại cột sống thắt lưng. Bệnh nhân không đi khám vì cho nguyên nhân là do công việc phải ngồi quá nhiều. Từ 5 tháng trở lại đây, đau cột sống thắt lưng trở nên thường xuyên hơn và trầm trọng hơn. Đau tăng về đêm, khiến bệnh nhân mất ngủ và do đau mà vận động cột sống thắt lưng giảm một cách rõ rệt.



H187

Bệnh nhân có tiền sử mổ cắt bỏ buồng trứng hai bên do nghi ngờ ung thư buồng trứng cách đó một năm.

1. H.187: chẩn đoán đúng là:

- a) Bệnh lý chuyển hóa xương

- b) Xương hóa đá
 - c) K di căn xương
 - d) U máu
 - e) Thoái hóa cột sống thắt lưng
2. Lựa chọn các yếu tố chỉ thị về ung thư (Marquer tumoral) được chỉ định trong các trường hợp này
- a) CA 125
 - b) CA 19-9
 - c) CA 15-3
 - d) ACE
 - e) PSA
 - f) NSE-K
3. Mô tả tổn thương trên phim X-quang và phân tích chẩn đoán?

Trường hợp 84. (H.188)

Bệnh nhân nam, 43 tuổi, than phiền vì đau cột sống thắt lưng từ 6 tháng nay. Lúc đầu bệnh nhân cảm giác đau tại khớp háng hai bên; sau 1 tháng, đau thêm cả cột sống thắt lưng. Đau tăng dần, âm ỉ, đau tăng vào nửa đêm về sáng, đau tăng khi đi lại. Đau ngày tăng dần, bệnh nhân đi lại khó khăn. Bệnh nhân đã đi khám nhiều nơi, được chẩn đoán là thoái hóa



H188

cột sống và điều trị các thuốc chống viêm không steroid thông thường. Gần đây các thuốc như Voltarene, Mobic... mà bệnh nhân đã được dùng không còn hiệu quả. Lúc đầu bệnh nhân chỉ cảm thấy khó cúi, nay ngồi cũng đau, đặc biệt đau tăng về đêm. Bệnh nhân gầy sút 4 kg trong 6 tháng. Tế bào máu ngoại vi: số lượng hồng cầu: $4,23 \text{ }^T/l$, Hb: 87 g/l; tốc độ máu lắng: 66 mm giờ đầu, protid toàn phần huyết thanh: 50 g/l; calci máu: 2,3 mmol/l; phosphatase kiềm: 486/l/37°C.

1. H.188: chẩn đoán có thể là:
 - a) Thoái hóa cột sống
 - b) Xương hóa đá
 - c) Viêm cột sống dính khớp
 - d) Đa u tủy xương (Myeloma)
 - e) K di căn xương
2. Mô tả hình ảnh X-quang và phân tích chẩn đoán?

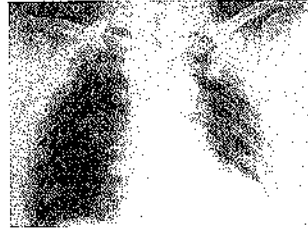
Trường hợp 85. (H.189; H.190)

Bệnh nhân nam, 77 tuổi, được cáng vào viện vì đau khớp háng phải. Trước đó bệnh nhân thường xuyên hút lảo, nếu quy đổi tương đương ra thuốc lá là khoảng 10 năm bao. Bệnh nhân có tiền sử ho húng hắng, khạc đờm trắng từ nhiều năm nay. Ngoài ra, bệnh nhân có các triệu chứng tiểu khó, phải rặn mỗi khi đi tiểu. Từ vài tháng nay xuất hiện đau khớp háng phải, đau tăng về đêm, thường phải thức giấc vì đau, mức độ đau ngày càng tăng. Bệnh nhân nghĩ là các rối loạn này là do tuổi già, do đó cũng chỉ xoa bóp, chườm ngải cứu song không đỡ. Gần đây hầu như bệnh nhân không thể rời khỏi giường. Trong khoảng nửa năm trở lại

đây, bệnh nhân gây sút khoảng 5 kg.



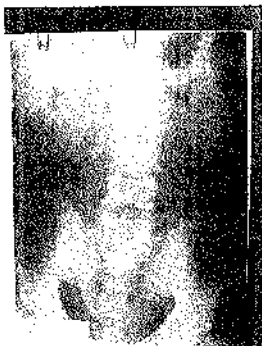
H189



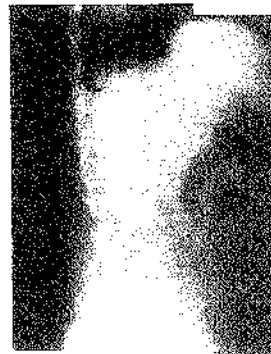
H190

1. H.189; H.190: chẩn đoán có thể là:
 - a) Thoái hóa khớp háng phải
 - b) Lao khớp háng phải
 - c) U phôi di căn xương đùi phải
 - d) Sarcom xương đùi phải di căn phổi
 - e) Một ung thư nơi khác di căn xương và phổi
2. Phân tích chẩn đoán?

Trường hợp 86. (H.191; H.192)



H191



H192

Bệnh nhân nam, 55 tuổi, đau cột sống thắt lưng mới xuất hiện

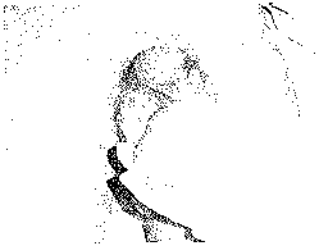
7 tháng nay, đau tăng về đêm, kèm gầy sút 5 kg trong vòng 3 tháng nay. Bệnh nhân có đái khó, tia nước tiểu yếu từ 1 năm nay, được chẩn đoán là u xơ tiền liệt tuyến. Tuy nhiên, các thuốc điều trị u xơ không làm thuyên giảm các triệu chứng lâm sàng về tiết niệu. Gần đây bệnh nhân có bí tiểu. Các xét nghiệm lúc vào viện: công thức máu: số lượng hồng cầu: $3,43 \text{ }^T/\text{l}$, Hb: 98 g/l; tốc độ máu lắng: 63 mm giờ đầu, creatinin máu: $234 \text{ } \mu\text{mol/l}$; calci máu: $3,0 \text{ mmol/l}$; phosphatase kiềm $886/1/37^\circ\text{C}$.

1. Nêu các xét nghiệm cần chỉ định ở bệnh nhân này:
 - a) Chụp cắt lớp vi tính cột sống thắt lưng
 - b) Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng
 - c) Xạ hình xương (scintigraphy)
 - d) Bilan phospho-calci
 - e) Bilan viêm
 - f) PSA
2. Kết quả xét nghiệm của bệnh nhân: công thức máu: số lượng hồng cầu: $3,43 \text{ }^T/\text{l}$, Hb: 98 g/l; tốc độ máu lắng: 63 mm giờ đầu, creatinin máu: $234 \text{ } \mu\text{mol/l}$; calci máu: $3,0 \text{ mmol/l}$; phosphatase kiềm: $886/1/37^\circ\text{C}$. Chẩn đoán có thể là:
 - a) Bệnh rối loạn chuyển hóa xương
 - b) Xương hóa đá
 - c) Bệnh đa u tủy xương (Myélome)
 - d) K di căn xương
 - e) Tổn thương xương do thận
3. Phân tích chẩn đoán?

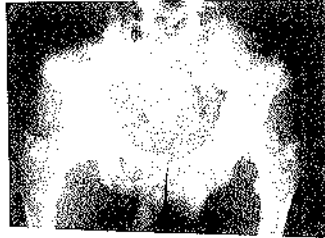
Trường hợp 87. (H.193; H.194)

Nam thanh niên, 28 tuổi, khỏe mạnh, cao 168 cm, nặng 56 kg

gần đây xuất hiện tinh hoàn to một bên trái kèm theo đau vùng xương chậu. Khai thác tiền sử, thanh niên này thường có quan hệ tình dục tương đối “thoải mái”. Bệnh nhân đã đi khám chuyên khoa da liễu và đã được dùng kháng sinh song không có hiệu quả. Bệnh nhân không sốt, không có rối loạn tiểu tiện hoặc các bất thường khác.



H193



H194

1. H.193; H.194: nêu các xét nghiệm cần chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán:
 - a) Các xét nghiệm về bệnh hoa liễu (lậu, giang mai và HIV)
 - b) Chụp cắt lớp vi tính khung chậu
 - c) Phản ứng Mantoux
 - d) Bilan phospho-calci
 - e) Bilan Viêm
 - f) HLA- B27
 - g) Xạ hình xương (scintigraphy)
 - h) Sinh thiết tinh hoàn
2. Các xét nghiệm về lậu, giang mai và HIV đều âm tính, Calci máu: 2,3 mmol/l; phosphatase kiềm: 1886/1/37°C. Chẩn đoán có thể là:

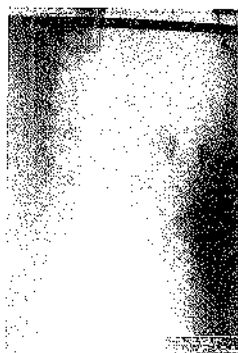
- a) Viêm tinh hoàn trong bệnh hoa liễu
 - b) Lao tinh hoàn
 - c) K tinh hoàn đã di căn xương
 - d) Viêm khớp phản ứng
3. Phân tích chẩn đoán?

Trường hợp 88. (H.195; H.196)

Bệnh nhân nam, 40 tuổi, vào viện vì đau cột sống thắt lưng từ 5-6 tháng nay. Lúc đầu đau âm ỉ, sau đau tăng dần. Không sốt, không ho khạc, gầy sút chừng 3-4 kg trong vòng 5-6 tháng. Đã được chụp phim X-quang cột sống thắt lưng song không được chẩn đoán mặc dù bệnh nhân đã qua nhiều bệnh viện.



H195



H196

1. Chẩn đoán có thể là:
- a) Thoái hóa cột sống
 - b) Viêm đĩa đệm đốt sống
 - c) Viêm cột sống dính khớp
 - d) Loãng xương có xẹp đốt sống
 - e) Hủy đốt sống do K di căn xương

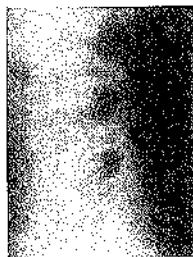
2. Hãy chỉ ra các tổn thương trên X-quang?

Trường hợp 89. (H.197; H.198)

Bệnh nhân nam, 49 tuổi, đau và giảm vận động khớp háng phải mới xuất hiện 3 tháng nay. Bệnh nhân đau tại vùng háng phải và khung chậu; cảm giác nhức nhối như nung mù suốt ngày đêm. Lúc đầu chỉ khó khăn khi đi lại. Những ngày gần đây hầu như không nhấc được chân phải lên. Từ một tháng nay mỗi khi đi ngoài, bệnh nhân có cảm giác đau hơn khi rặn. Phân bình thường, không có máu, mủ; khuôn phân bình thường. Khám: da xanh, niêm mạc nhợt; không sờ thấy hạch ngoại biên. Khớp háng phải giảm vận động các động tác. Ấn tại khớp cùng chậu phải đau.



H197



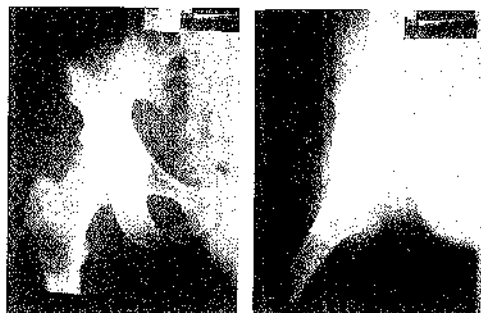
H198

1. Chẩn đoán có thể là:
 - a) Hủy xương do di căn ung thư
 - b) Viêm khớp cùng chậu
 - c) Viêm khớp háng phải
 - d) U đại tràng
2. Mô tả hình ảnh X-quang?

Trường hợp 90. (H.199; H.200)

Bệnh nhân nam, 60 tuổi, đến khám vì đau và giảm vận động khớp háng phải mới xuất hiện 3 tháng nay. Bệnh nhân đau khu

trú tại vùng xương đùi và khớp háng phải kèm theo sốt nhẹ, khoảng 38°C – 38,5°C. Thể trạng gầy (cao 165 cm, nặng 50 kg), bệnh nhân từ trước vẫn gầy như vậy. Da xanh, niêm mạc nhợt. Xét nghiệm: số lượng hồng cầu 4,5^T/l; Hb: 98 g/l. Tốc độ máu lắng 70 mm giờ đầu. Khám các bộ phận không có gì bất thường ngoài giảm vận động vừa phải khớp háng phải, chủ yếu do đau. Các xét nghiệm thông thường như chức năng gan thận, đường máu...; bilan phospho-calcii bình thường; siêu âm ổ bụng, chụp tim phổi đều bình thường.



H199

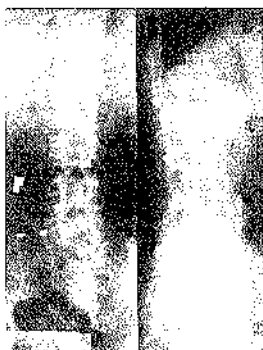
H200

1. Mô tả hình ảnh X-quang quy ước
2. Phân tích chẩn đoán và nêu thứ tự ưu tiên của các xét nghiệm cần thiết chỉ định tiếp theo nhằm xác định nguyên nhân

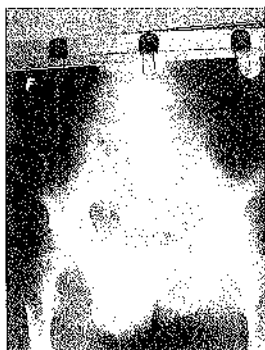
Trường hợp 91. (H.202; H.203; H.204)

Bệnh nhân nam, 54 tuổi, mới xuất hiện đau vùng còng chậu 3 - 5 tháng nay. Đau về đêm và giảm vận động nhanh chóng (hầu như phải nằm tại giường). Tại bệnh viện địa phương, bệnh nhân được chẩn đoán là viêm cột sống dính khớp song các thuốc chống viêm không steroid ngày càng kém hiệu quả. Khám: thể trạng gầy, hạch thượng đòn trái kích thước khoảng 2 cm, chắc,

không di động; ngón tay ngón chân dài trắng. Bệnh nhân hút thuốc lào khoảng 4 - 5 điếu mỗi ngày trong khoảng 25 năm.



H202



H203



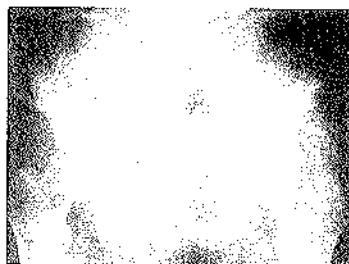
H204

1. Mô tả hình ảnh X-quang?
2. Nếu chỉ riêng các thông tin trên có đủ để xác định chẩn đoán không? Để xác định chẩn đoán, xét nghiệm để thực hiện nhất, rẻ tiền nhất là gì?

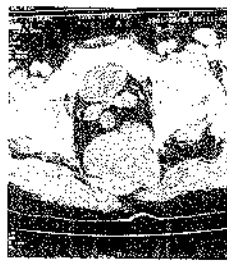
Trường hợp 92. (H.209; H.210)

Bệnh nhân nam, 62 tuổi, vốn là một nông dân khỏe mạnh vào viện vì đau vùng cùi chỏ, không đi lại được. Từ khoảng 3 năm gần đây, bệnh nhân xuất hiện đau tại vùng cùi chỏ bên trái, đau âm ỉ suốt ngày đêm, mức độ vừa phải; bệnh nhân không đi khám và không dùng thuốc gì. Triệu chứng đau tại vùng cùi chỏ bên trái ngày càng tăng dần. Từ 4 tháng trở lại đây, sau khoảng 3 năm bị bệnh, mức độ đau tăng lên, từ âm ỉ trở thành cảm giác buốt, chói, song vị trí đau vẫn chỉ khu trú tại vùng cùi chỏ bên trái. Ngoài ra, bệnh nhân có cảm giác đau tại vùng hậu môn. Từ 3 tháng nay bệnh nhân xuất hiện đau vùng xương cụt kèm theo lan dọc theo thần kinh tọa trái (đau từ vùng cùi chỏ, lan xuống

mặt sau ngoài đùi, đến khoeo chân trái và tận hết ở gót chân trái). Đôi khi có phù nhẹ chân trái thoáng qua, kèm theo đau khớp gối và cổ chân trái (khớp không sưng). Đau tăng về đêm, có lúc phải thức giấc vì đau. Bệnh nhân được điều trị như đau thần kinh tọa tại bệnh viện tỉnh, song không đỡ. Tiền sử bản thân và gia đình không có gì đặc biệt. Khám: thể trạng tốt, béo (cao 167 cm, nặng 60 kg). Da niêm mạc bình thường, không sờ thấy hạch ngoại biên. Vùng xương cụt cân đối, ấn đau bên trái. Lasègue trái: 30°, Vallex trái (+). Không liệt, phản xạ gân xương bình thường, không có phản xạ bệnh lý. Không có rối loạn cảm giác, không có rối loạn cơ tròn. Khám bụng bình thường. Không sờ thấy u cục tại ổ bụng cũng như khi thăm trực tràng. Tim phổi và các bộ phận khác bình thường. Bilan viêm âm tính, bilan phospho-calcii bình thường.



H209

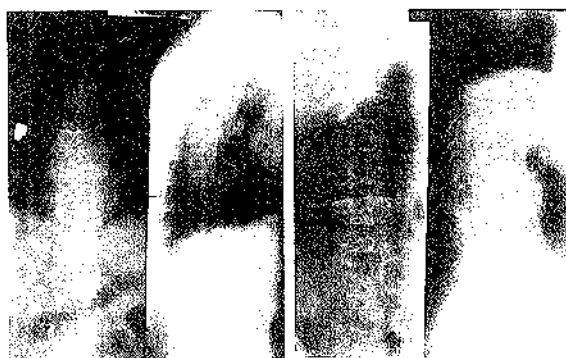


H210

1. Chẩn đoán có thể là:
 - a) Ung thư di căn xương chậu
 - b) Sarcom xương chậu
 - c) Hủy xương chậu do nguyên nhân nào khác?
2. Mô tả tổn thương trên H.209; H.210 và phân tích chẩn đoán?
3. Xét nghiệm duy nhất có khả năng khẳng định chẩn đoán là gì?

Trường hợp 93. (H.212; H.213)

Bệnh nhân nam, 53 tuổi, được bệnh viện tỉnh chuyển ra với chẩn đoán thoái hóa cột sống thắt lưng. Trước đó bệnh nhân khỏe mạnh hoàn toàn. Từ 2 tháng nay bệnh nhân thấy đau cột sống thắt lưng; đau liên tục, đôi khi có lan xuống mông và đùi hai bên. Bệnh nhân được điều trị thuốc chống viêm không steroid và giảm đau thông thường song không đỡ đau. Bệnh nhân gầy sút 5 kg trong 2 tháng. Khám thể trạng gầy, cao 167 cm, nặng 47 kg. Da xanh, niêm mạc nhợt. Tại cột sống, bệnh nhân chỉ đau tại toàn bộ cột sống lưng - thắt lưng. Không liệt, song vì đau mà bệnh nhân chỉ có thể nằm tại giường, không đi lại được. Khám tim, phổi, bụng và các bộ phận khác bình thường. Kết quả các xét nghiệm cơ bản lúc đầu như sau: công thức máu: số lượng hồng cầu: $2,56 \text{ }^T/\text{l}$; Hb: 70 g/l ; tiểu cầu: $129 \text{ }^G/\text{l}$; bạch cầu: $3,4 \text{ }^G/\text{l}$. Tốc độ máu lắng giờ đầu: 143 mm. Ure máu: $47,8 \text{ mmol/l}$; glucose máu: $5,5 \text{ mmol/l}$; creatinin máu: $483 \text{ }^{\mu}\text{mol/l}$; Na: 155 mmol/l ; kali: $6,2 \text{ mmol/l}$; clo: 107 mmol/l ; acid uric $690 \text{ }^{\mu}\text{mol/l}$.



H212

H213

1. H.212; H213: nêu các xét nghiệm cần chỉ định tiếp theo:
 - a) Chụp cắt lớp vi tính cột sống thắt lưng
 - b) Bilan phospho-calcii
 - c) Định lượng protid máu và điện di protein
 - d) HLA-B27
 - e) Siêu âm thận
 - f) Chụp bụng không chuẩn bị
2. Kết quả xét nghiệm: protid máu toàn phần: 146 g/l; albumin huyết thanh: 29,9 g/l. Calci máu, phosphatase kiềm bình thường. Chẩn đoán có thể là:
 - a) Loãng xương nguyên phát
 - b) Loãng xương thứ phát
 - c) Bệnh gút
 - d) Tồn thương xương do bệnh thận?
3. Trong số các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng trên, triệu chứng nào có giá trị định hướng chẩn đoán? Cần các xét nghiệm gì để có thể khẳng định chẩn đoán?
4. Chỉ ra các thuốc hoặc phương pháp có chỉ định trong điều trị chứng ở bệnh nhân này?
 - a) Tiêm corticoid tại khớp liên mấu
 - b) Thuốc giãn cơ (Myonal; Mydocalm...)
 - c) Thuốc chống viêm không steroid
 - d) Calcitonin
 - e) Allopurinol
 - f) Calcium
 - g) Thuốc giảm đau (paracetamol...)
 - h) Đeo thắt lưng cố định cột sống thắt lưng

Trường hợp 94. (H.215; H.216; H.217)

Bệnh nhân nam, 50 tuổi, là cán bộ cao cấp của tỉnh nên thường xuyên được kiểm tra sức khỏe.

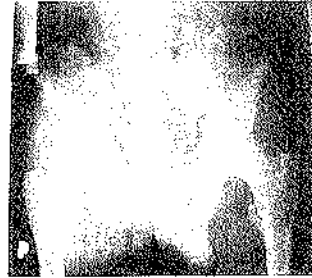
Cách đây 3 tháng, bệnh nhân thấy đau cột sống thắt lưng; đau liên tục về đêm và bệnh nhân đã được chụp các phim này. (H.215; H.216; H.217) Bệnh nhân được chẩn đoán là đau cột sống thắt lưng nghi do thoái hóa và được dùng thuốc chống viêm không steroid song không đỡ. Đau cột sống thắt lưng ngày càng tăng, gầy sút 3 kg trong 2 tháng. Khám thể trạng trung bình, cao 167 cm, nặng 60 kg. Tại cột sống, bệnh nhân chỉ đau tại cột sống thắt lưng; vùng này ấn đau toàn bộ đoạn từ D12-S1, cơ cứng và teo cơ cạnh cột sống thắt lưng. Nghiệm pháp tay – đất 30 cm, Lasègue (-) hai bên. Không liệt. Khám: tim, phổi, bụng và các bộ phận khác bình thường. Kết quả xét nghiệm: công thức máu: HC: 3,53 \uparrow /l; BC: 5,2 \uparrow /l; TC: 145 \uparrow /l; Hb: 110 g/l. Tốc độ máu lắng: 98 mm giờ đầu. Protid máu toàn phần: 126 g/l; albumin: 30,9 g/l. Acid uric 590 μ mol/l. Calci máu 3,3 μ mol/l, phosphatase kiềm 243 U/l – 37°C. Creatinin máu 145 mmol/l; kali máu 5,3 mmol. Protein niệu: 3,5 gam/ 24h; 50 hồng cầu/uL.



H215



H216



H217

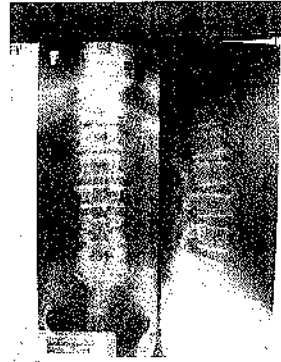
1. Nêu các xét nghiệm cần chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán:
 - a) Chụp cắt lớp vi tính cột sống thắt lưng
 - b) Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng
 - c) Chụp lại phim X-quang quy ước cột sống thắt lưng
 - d) Chụp thêm các phim sọ, đầu trên xương dài
 - e) Siêu âm thận
 - f) Bilan hội chứng thận hư
 - g) Tủy đồ - sinh thiết tủy xương
2. Chẩn đoán có thể là:
 - a) Thoái hóa cột sống thắt lưng
 - b) K di căn xương cột sống thắt lưng
 - c) Bệnh gút
 - d) Tổn thương do bệnh thận
 - e) Đa u tủy xương
3. Phân tích chẩn đoán?
4. Nêu lý do của tổn thương thận (tình trạng suy thận, protein niệu...) của bệnh nhân này.
5. Chỉ ra các thuốc có chỉ định trong điều trị bệnh nhân này
 - a) Truyền corticoid toàn thân liều bolus (methylprednisolon 700 mg/ngày trong 3 ngày liên tiếp)
 - b) Thuốc giãn cơ (Myonal; Mydocalm...)
 - c) Dexamethason
 - d) Cyclophosphamid
 - e) Calcitonin

f) Doxorubicin

g) Vincristin

Trường hợp 95. (H.220)

Bệnh nhân nam, 66 tuổi, làm nghề công nhân bốc vác ở bến cảng đã nghỉ hưu, có tiền sử xuất hiện đau cột sống thắt lưng từ nhiều năm nay. Bệnh nhân thường đau âm ỉ cột sống thắt lưng, kiểu cơ học. Đau từng đợt, mỗi đợt kéo dài chừng 1 – 2 tuần. Tuy đau nhưng bệnh nhân ít bị ảnh hưởng đến chức năng vận động của cột sống, chỉ đôi lúc cúi khó. Không ảnh hưởng đến toàn trạng. Khám thể trạng trung bình, hạch ngoại biên không sờ thấy. Khám cột sống thắt lưng bình thường, không có điểm đau khu trú. Khoảng cách tay – đất 10 cm, nghiệm pháp Schöber 3 cm. Các khớp ngoại biên hoàn toàn bình thường. Tốc độ máu lắng: 8 mm giờ đầu.



H220

1. H.220: chẩn đoán bệnh có thể là:
 - a) Viêm cột sống dính khớp
 - b) Thoái hóa cột sống thắt lưng
 - c) Bệnh Forestier
 - d) Loãng xương
2. Nêu các bằng chứng để chẩn đoán?
3. Chỉ ra các thuốc hoặc phương pháp điều trị ở bệnh nhân này:
 - a) Thuốc giãn cơ trơn (Spasmaverine...)
 - b) Thuốc giãn cơ (Myonal; Mydocalm...)
 - c) Thuốc chống viêm không steroid
 - d) Calcitonin
 - e) Glucosamin
 - f) Phẫu thuật cắt bỏ các gai xương

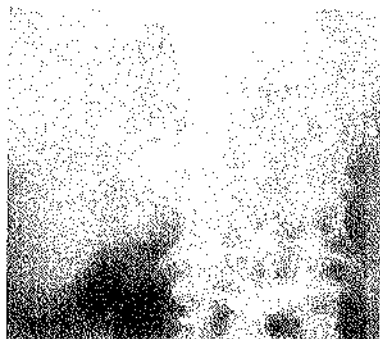
4. Giả sử bệnh nhân này với các đặc điểm lâm sàng và X-quang nêu trên, xong khi xét nghiệm có hội chứng viêm sinh học, ví dụ công thức máu: số lượng hồng cầu: 3,66 T/l; Hb: 81 g/l; MCV: 71,8 fl; MCH: 23,6 pg, tiểu cầu: 249 G/l; bạch cầu: 7,7 G/l. Tốc độ máu lắng giờ đầu: 53 mm, chẩn đoán nêu trên có phù hợp không? Cần làm gì để chẩn đoán đúng?

Trường hợp 96. (H.221; H.222)

Một bệnh nhân nam, 67 tuổi, làm nghề nông, có tiền sử đau cột sống thắt lưng từ nhiều năm nay. Bệnh nhân thường đau âm ỉ, kiểu cơ học. Đau từng đợt, mỗi đợt kéo dài chừng một vài tuần, song bệnh nhân vẫn làm ruộng bình thường. Các khớp ngoại biên hoàn toàn bình thường, không sưng đau bao giờ. Vài tuần gần đây, bệnh nhân có cơn đau quặn tại vùng cột sống thắt lưng bên phải. Đau lan xuống bộ phận tiết niệu, kèm theo tiểu buốt, tiểu dắt. Bệnh nhân đi tiểu ra máu toàn bãi. Bệnh nhân đã đi khám, chụp phim và được chẩn đoán thoái hóa cột sống thắt lưng. Sau khi được thầy thuốc chỉ ra các gai xương trên phim X-quang, bệnh nhân đến khám tại cơ sở ngoại khoa và đề nghị được giải phẫu cắt bỏ các gai xương nhằm điều trị tận gốc bệnh.



H221

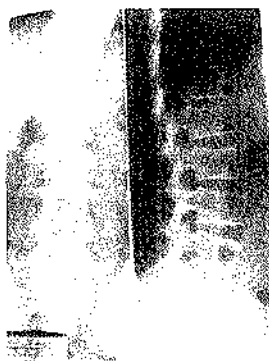


H222

1. H.221; H.222: nêu các xét nghiệm cần chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán nguyên nhân gây đau cột sống thắt lưng ở bệnh nhân này:
 - a) Siêu âm ổ bụng - thận tiết niệu
 - b) Chụp cắt lớp vi tính cột sống thắt lưng
 - c) Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng
 - d) Xét nghiệm nước tiểu (tổng phân tích, tế bào...)
 - e) Bilan viêm
 - f) HLA-B27
2. Nguyên nhân gây đau cột sống thắt lưng lần này của bệnh nhân là thoái hóa cột sống thắt lưng có đúng không? Nêu các bằng chứng để chẩn đoán. Giải phẫu cắt bỏ các gai xương có thể điều trị tận gốc bệnh thoái hóa cột sống thắt lưng không?

Trường hợp 97. (H.223)

Bệnh nhân nam, 62 tuổi, được chuyển từ khoa Ngoại tới vì đau cột sống thắt lưng. Bệnh nhân được phẫu thuật lấy sỏi thận trái cách đó một tuần. Sau mổ, bệnh nhân đôi khi có cơn sốt 39 - 40°C có kèm theo rét run. Kèm theo, bệnh nhân thấy đau chói vùng thấp của cột sống thắt lưng, khoảng L4-L5. Khám: thể trạng trung bình, có hội chứng nhiễm trùng (môi khô, lưỡi bẩn...). Có điểm đau tại L5-S1 khi ấn, không đau tại khớp cùng chậu. Công thức máu: HC: 5,53 T/l; BC: 15,2 G/l; TC: 245 G/l; Hb: 120 g/l. Tốc độ máu



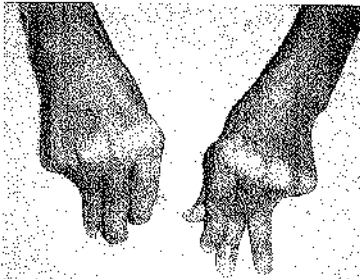
H223

lắng: 68 mm giờ đầu. Các thông số sinh hóa về chức năng gan, thận bình thường. Nước tiểu: protein: 1,05 gam/24h; 100 hồng cầu/uL; 45 hồng cầu/uL.

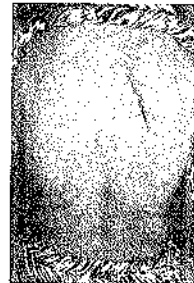
1. Nêu các xét nghiệm cần chỉ định nhằm mục đích xác định tổn thương:
 - a) Chụp cắt lớp vi tính cột sống thắt lưng
 - b) Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng
 - c) Xạ hình xương (scintigraphy)
 - d) Siêu âm ổ bụng
2. Phân tích chẩn đoán?

Trường hợp 98. (H.227; H.228; H.229, H.230; H.231)

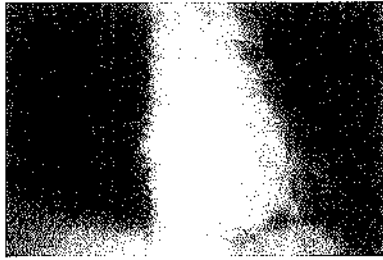
Bệnh nhân nữ, 60 tuổi đã được chẩn đoán và điều trị viêm khớp dạng thấp từ nhiều năm nay. Gần đây xuất hiện gù nhọn với điểm đau chói tại D7-D8. Các khớp đã bị tổn thương từ trước do viêm khớp dạng thấp không sung, song vẫn đau. Khớp gối phải có tràn dịch nhẹ. Bệnh nhân thường sốt nhẹ về chiều. Không ho khạc. Khám: thể trạng trung bình; không sờ thấy hạch ngoại vi. Phổi trái có ít ran ẩm. Công thức máu: HC: 4,33 $\times 10^9/l$; BC: 5,9 $\times 10^9/l$ (tỷ lệ lympho: 30%); TC: 147 $\times 10^9/l$; Hb: 115 g/l. Tốc độ máu lắng: 66 mm giờ đầu.



H227



H228



H229



H230



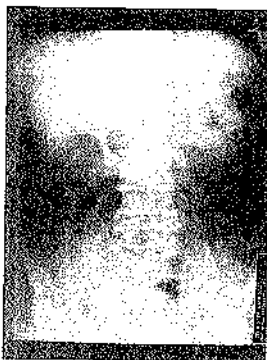
H231

1. H.228; H.229; H.230; H.231: nguyên nhân gây tổn thương tại cột sống thắt lưng ở bệnh nhân này có thể là:
 - a) Loãng xương ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp
 - b) Viêm đĩa đệm đốt sống do lao (lao cột sống) ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp
 - c) Viêm đĩa đệm đốt sống do vi khuẩn ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp
 - d) K di căn xương ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp?
2. Nêu các xét nghiệm có giá trị chẩn đoán xác định và chẩn đoán nguyên nhân tổn thương tại cột sống.
 - a) Chụp cắt lớp vi tính cột sống thắt lưng
 - b) Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng

- c) Phản ứng Mantoux
 - d) Bilan phospho- calci
 - e) Xạ hình xương (scintigraphy)
 - f) Chọc hút tổn thương xét nghiệm giải phẫu bệnh và vi khuẩn
 - g) Yếu tố dạng thấp (RF)
3. Các dữ liệu lâm sàng và X-quang này đã đủ chẩn đoán xác định chưa? Có cần đề nghị thêm xét nghiệm gì không, nếu có, nêu lý do?
4. Bệnh nhân này có nên chụp thêm phim cộng hưởng từ không? Nêu lý do?

Trường hợp 99. (H.236; H.237)

Cụ ông, 81 tuổi, tinh táo, khỏe mạnh, vốn là một lão nông, xuất hiện đau cột sống thắt lưng sau một lần ngã ngồi. Đau kiểu cơ học. Trước khi ngã, ông vẫn sinh hoạt bình thường, hàng ngày chăm sóc cây cối trong vườn. Khám: thể trạng trung bình. Không liệt. Phản xạ gân xương hai chi dưới tăng nhẹ. Không có rối loạn cơ tròn. Không có bất kỳ các bất thường ở cơ quan nào. Các xét nghiệm: bilan viêm âm tính, bilan phospho-calci bình thường.



H236



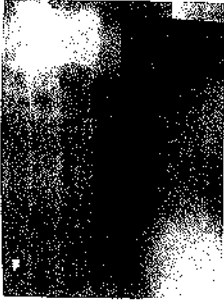
H237

1. H.236; H.237: nêu các xét nghiệm cần chỉ định ở bệnh nhân này- phân tích lý do chỉ định xét nghiệm:
 - a) Chụp cắt lớp vi tính cột sống thắt lưng
 - b) Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng
 - c) Phản ứng Mantoux
 - d) Xạ hình xương (scintigraphy)
 - e) Đo mật độ xương
 - f) Sinh thiết tủy xương
2. Chẩn đoán có thể là:
 - a) Thoái hóa đốt sống
 - b) Viêm đĩa đệm đốt sống
 - c) Viêm cột sống dính khớp
 - d) Đa u tủy xương (Myeloma)
 - e) K di căn xương
 - f) Loãng xương nguyên phát
3. Phân tích chẩn đoán?

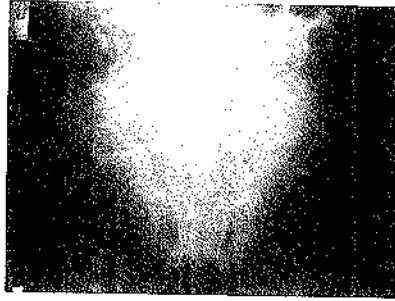
Trường hợp 100. (H.241; H.242)

Bệnh nhân nữ, 38 tuổi, đến khám vì đau cột sống thắt lưng. Từ nhiều năm nay, bệnh nhân đau kiểu cơ học. Bệnh nhân không nhớ chính xác cột sống của mình bị biến dạng từ bao giờ, chỉ thấy rằng mức độ biến dạng và đau cột sống thắt lưng ngày càng tăng. Khám: người nhỏ bé, cao 135 cm, nặng 45 kg. Cột sống vẹo sang phải và cột sống thắt lưng quá uốn. Trục của chi dưới bất thường, cẳng chân quay vào trong (genu varum). Các bộ phận khác phát triển bình thường. Về xét nghiệm: bilan viêm sinh học âm tính.

Calci máu $1,3 \mu\text{mol/l}$, phosphatase kiềm 857 U . Creatinin máu 105 mmol/l .



H241



H242

1. H.241; H.242: nêu các xét nghiệm cần chỉ định nhằm chẩn đoán nguyên nhân tổn thương:
 - a) Chụp cắt lớp vi tính cột sống thắt lưng và khung chậu
 - b) Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng và khung chậu
 - c) Định lượng vitamin D
 - d) Định lượng PTH
 - e) Xạ hình xương (scintigraphy)
 - f) Sinh thiết tủy xương
2. Chẩn đoán có thể là:
 - a) Loãng xương
 - b) Bệnh nhuyễn xương (Ostéomalacie)
 - c) Tổn thương xương trong cường cận giáp trạng
 - d) Đa u tủy xương (Myeloma)
 - e) K di căn xương
3. Phân tích chẩn đoán?

Trường hợp 101. (H.243)

Bệnh nhân nữ, 30 tuổi. Vào viện vì đi lại ngày càng khó khăn. Bệnh nhân đã được chụp X-quang và được chẩn đoán là gãy xương tự nhiên. Khám: trục chi dưới có dạng chân “vòng kiềng” - cẳng chân quay vào trong (genu varum). Cẳng trục trước sau của chi cũng bị biến dạng kiểu gối gấp (genu flexum). Ngoài ra không có bất thường ở các cơ quan khác.



H243

1. Nêu các xét nghiệm có giá trị chẩn đoán nguyên nhân tổn thương:
 - a) Định lượng PTH
 - b) Định lượng vitamin D
 - c) Sinh thiết xương đùi
 - d) Chụp cộng hưởng từ xương đùi
 - e) Xạ hình xương (scintigraphy)
 - f) Chụp cắt lớp vi tính xương đùi
2. Chẩn đoán có thể là:
 - a) Gãy xương tự nhiên (gãy xương bệnh lý)
 - b) Xương hóa đá
 - c) Cốt tủy viêm
 - d) Bệnh nhuyễn xương (Ostéomalacie)
 - e) K di căn xương
3. Chỉ ra các thuốc có chỉ định trong điều trị bệnh nhân này
 - a) Calcium
 - b) Thuốc giãn cơ (Myonal; Mydocalm...)
 - c) Thuốc chống viêm không steroid
 - d) Calcitonin
 - e) Vitamin D

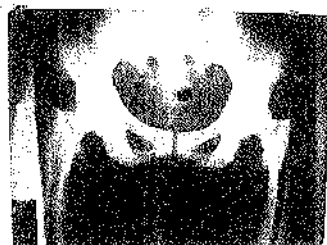
- f) Corticoid đường toàn thân
 - g) Thuốc giảm đau (paracetamol...)
4. Phân tích chẩn đoán và điều trị?

Trường hợp 102. (H.244; H.245; H.256; H.247)

Bệnh nhân nữ, 63 tuổi. Từ 3 năm nay xuất hiện đau xương cẳng chân hai bên, xương đùi, xương chậu và cột sống thắt lưng. Sau một năm, xuất hiện phù nhẹ hai chân, đau đầu, được chẩn đoán: viêm thận bể thận mạn – suy thận độ II – tăng huyết áp (huyết áp: 200/110 mmHg). Bệnh nhân được điều trị bằng Nifedipin 20mg/ngày; Renitec 5mg/ngày và Calcisandoz 0,5g/ngày. Xét nghiệm khi vào viện: công thức máu: số lượng hồng cầu: 3,66^T/l; Hb: 81 g/l; MCV: 71,8 fl; MCH:23,6 pg, tiểu cầu: 249^G/l; bạch cầu: 7,7 ^G/l. Tốc độ máu lắng giờ đầu: 53 mm. Ure máu: 47,8 mmol, glucose máu: 6,5 mmol/l, creatinin máu: 483 μmol/l; Na: 155 mmol/l, kali: 6,2 mmol/l; Clo:107 mmol/l; Acid uric: 681 μmol/l. Ca toàn phần: 2,2 mmol/l; Ca ion hóa 0,96 mmol/l, phospho: 2,67 mmol/l, phosphatase kiềm 1087 (U/l). Nước tiểu: protein 0,1 gam/24h. Protein Bences – Jones (-). Siêu âm thận: hai thận teo nhỏ, ranh giới tỳ vò không rõ, đài bể thận không giãn, không có sỏi.



H244



H245



H246



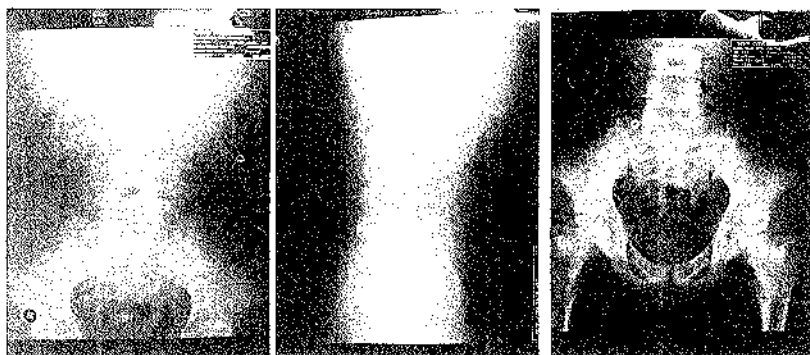
H247

1. Mô tả hình ảnh X-quang?
2. Phân tích hướng chẩn đoán? Trong trường hợp này, có cần thiết chỉ định thêm các xét nghiệm nào nữa không?
3. Nêu hướng điều trị?

Trường hợp 103. (H.248; H.249; H.250)

Bé trai, 14 tuổi, vào viện vì đau cột sống thắt lưng và toàn bộ vùng xương chậu. Đau âm ỉ suốt ngày đêm. Kèm theo, bệnh nhi sốt cao, 39 – 40°C. Khám da xanh, niêm mạc nhợt. Không rõ hội chứng nhiễm trùng. Hạch ngoại biên không sờ thấy. Gan, lách, hạch không to. Các khớp vận động bình thường. Đây là lần đầu tiên bệnh nhi phải nhập viện, trước đó khỏe mạnh hoàn toàn. Trước khi vào viện, bệnh nhi đã được điều trị hai loại kháng sinh phổ rộng song vẫn sốt cao.

Kết quả xét nghiệm ban đầu: công thức máu: số lượng hồng cầu: 2,66 $\times 10^{12}/l$; Hb: 91g/l; tiểu cầu: 349 $\times 10^9/l$; bạch cầu: 9,7 $\times 10^9/l$. Tốc độ máu lắng giờ đầu: 73 mm. Calci máu toàn phần; calci ion hóa và phosphatase kiềm hoàn toàn bình thường. Nước tiểu: protein âm tính. Cây máu âm tính.



H248

H249

H250

1. Nêu các xét nghiệm có giá trị chẩn đoán:

- a) Chụp cắt lớp vi tính cột sống thắt lưng – khung chậu
- b) Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng – khung chậu
- c) Phản ứng Mantoux
- d) Huyết tủy dò
- e) Xạ hình xương (scintigraphy)
- f) HLA-B27

2. Chẩn đoán có thể là:

- a) Cột tủy viêm
- b) Tổn thương xương trong bệnh máu ác tính
- c) Viêm khớp trẻ em tự phát thể viêm cột sống dính khớp
- d) Tổn thương xương trong bệnh rối loạn chuyển hóa xương nào đó

3. Phân tích chẩn đoán?

Trường hợp 104. (H.251; H.252; H.253; H.254)

Bệnh nhân nữ, 45 tuổi, làm nghề nông đến khám vì tê chân trái. Trước đó bệnh nhân hoàn toàn khỏe mạnh. Cách đây 2 tuần, sau một buổi đi gánh thóc về, bệnh nhân thấy đau cột sống thắt lưng và tê dọc chân trái, từ mặt trước đùi trái, đến khoeo chân và mặt sau cẳng chân, tê cả mu chân và đến tận ngón chân cái bên trái. Đau tăng mỗi khi ho, rặn... khiến bệnh nhân không dám ho. Khám: thể trạng trung bình, cao 157 cm, nặng 50 kg. Tại cột sống: vẹo nhẹ sang trái (vẹo không bù). Có điểm đau chói khi ấn tại gai sống ngang mức L5-S1. Cơ thắt lưng vùng này co cứng, không thấy teo cơ cạnh cột sống thắt lưng. Nghiệm pháp tay đất 30 cm, Lasègue 40° bên trái, dấu hiệu ấn chuông (+) bên trái. Phản xạ gân từ đầu đùi bên trái giảm nhẹ. Không liệt. Khám tim, phổi, bụng và các bộ phận khác bình thường. Xét nghiệm bilan viêm hoàn toàn âm tính.

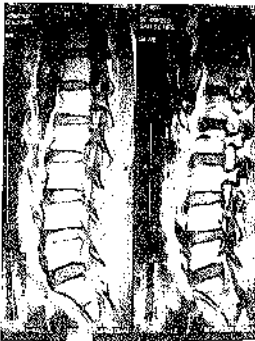
1. H.251: nêu các xét nghiệm cần chỉ định ở bệnh nhân này:
 - a) Chụp cắt lớp vi tính cột sống thắt lưng
 - b) Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng
 - c) Phản ứng Mantoux
 - d) Bilan phospho-calci
 - e) Xạ hình xương (scintigraphy)
 - f) HLA-B27



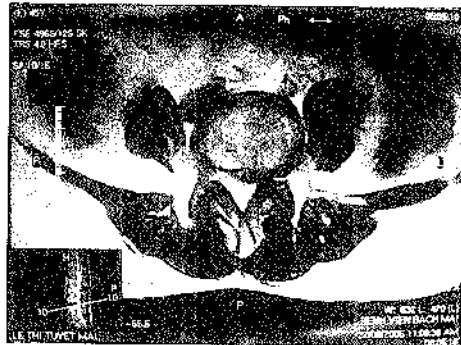
H251



H252



H253



H254

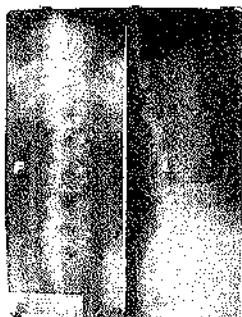
2. H.252; H.253; H.254 là kết quả của bệnh nhân. Chẩn đoán có thể là:
- a) Loãng xương
 - b) Thoái hóa cột sống thắt lưng
 - c) Tổn thương xương trong cường cận giáp trạng
 - d) Thoát vị đĩa đệm
 - e) Viêm cột sống dính khớp
3. Phân tích chẩn đoán?

Trường hợp 105. (H.255; H.256; H.257; H.258)

Bệnh nhân nam, 45 tuổi, kỹ sư xây dựng, có tiền sử đau lưng cấp tính nhiều lần. Cách đó 3 tuần, bệnh nhân giúp thợ đẩy xe cát và xuất hiện đau cột sống thắt lưng và thần kinh tọa phải. Đau mức độ trầm trọng, khiến bệnh nhân không thể ngồi dậy được, phải nằm tại giường. Đau tăng khi ho nhẹ, khiến bệnh nhân không dám ho. Đau hầu như không thuyên giảm khi dùng thuốc chống viêm không steroid và giảm đau thông thường. Khám thể trạng béo, cao 170 cm, nặng 70 kg. Tư thế cột sống bình thường, không gù, không vẹo. Có điểm đau chói khi ấn tại gai sống ngang mức L5-S1. Cơ thắt lưng vùng này co cứng, không thấy teo cơ cạnh cột sống thắt lưng. Bệnh nhân không thể thực hiện được nghiệm pháp tay – đất do không cúi được. Lasègue bên phải 20°. Dấu hiệu ấn chuông bên phải (+). Phản xạ gân tứ đầu đùi bên phải giảm. Liệt các cơ duỗi ngón chân cái cùng bên; không có rối loạn cơ tròn. Khám tim, phổi, bụng và các bộ phận khác bình thường. Xét nghiệm bilan viêm hoàn toàn âm tính.

1. Nêu các xét nghiệm có giá trị chẩn đoán:

- a) Siêu âm cơ thắt lưng chậu
- b) Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng
- c) Phản ứng Mantoux
- d) Chọc dịch não tủy
- e) Điện cơ
- f) Xạ hình xương (scintigraphy)



H255



H256



H257



H258

2. Trên cơ sở triệu chứng lâm sàng, cộng hưởng từ (H.256; H.257; H.258) chẩn đoán có thể là:
 - a) Thoái hóa khớp
 - b) Thoát vị đĩa đệm
 - c) U thần kinh (Neuriome)
 - d) Viêm cơ thắt lưng chậu
 - e) K di căn xương
3. Chỉ ra các thuốc hoặc phương pháp có chỉ định điều trị ở bệnh nhân này:
 - a) Tiêm corticoid ngoài màng cứng

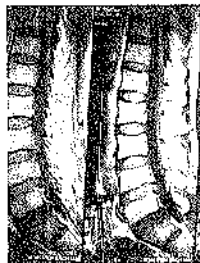
- b) Thuốc giãn cơ (Myonal; Mydocalm...)
 - c) Thuốc chống viêm không steroid
 - d) Calcitonin
 - e) Phẫu thuật
 - f) Calcium
 - g) Thuốc giảm đau (paracetamol...)
 - h) Đeo thắt lưng cố định cột sống thắt lưng
4. Phân tích chẩn đoán và điều trị?

Trường hợp 106. (H.259; H.260; H.261)

Bệnh nhân nam, 56 tuổi, làm nghề thủ thư. Từ vài năm nay, đôi khi ông có đau cột sống thắt lưng kiểu cơ học, không ảnh hưởng đến sinh hoạt và công việc. Do gia đình người bạn có người vừa tử vong do ung thư di căn xương, bệnh nhân quá lo sợ và đã đề nghị được chụp phim chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng. Khám: thể trạng bình thường. Tư thế cột sống bình thường, không gù, không vẹo, không có điểm đau chói khi ấn tại cột sống, không thấy teo cơ cạnh cột sống thắt lưng. Lasègue hai bên (-). Phân xạ gân xương tứ chi bình thường.



H259



H260



H261

1. Chỉ ra các thuốc hoặc phương pháp có chỉ định trong điều

trị bệnh nhân này:

- a) Phẫu thuật
 - b) Thuốc giãn cơ (Myonal; Mydocalm...)
 - c) Thuốc chống viêm không steroid
 - d) Tiêm corticoid ngoài màng cứng
 - e) Bôi
 - f) Calcium
 - g) Thực hiện các biện pháp “tiết kiệm cột sống thắt lưng”
(tránh cúi, tránh các động tác xấu...)
 - h) Đeo thắt lưng cố định cột sống thắt lưng
2. Phân tích chẩn đoán và điều trị?

Trường hợp 107. (H.262; H.263; H.264; H.265)

Bệnh nhân nữ, 49 tuổi, đau thần kinh tọa trái. Bệnh nhân có các triệu chứng lâm sàng của đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm điển hình: đau dọc đường đi của dây thần kinh tọa trái đau tăng khi ho, rặn, hắt hơi; tư thế giảm đau (vẹo trái), khối cơ thắt lưng co cứng, Lasègue bên trái 30° dấu hiệu giật chuông trái... Không có rối loạn cơ tròn. Khám tim, phổi, bụng và các bộ phận khác bình thường. Xét nghiệm bilan viêm hoàn toàn âm tính.



H262



H263



H264



H265

1. Hãy chỉ ra hình ảnh trên phim X-quang không giải thích tình trạng lâm sàng?
2. Tổn thương này có cần điều trị không?

Trường hợp 108. (H.266)

Bệnh nhân nữ, 56 tuổi, khỏe mạnh. Từ 3 ngày gần đây, bị nhiễm lạnh, có triệu chứng viêm họng và ho khan. Không sốt. Bệnh nhân đi khám tại cơ sở y tế, khám tai mũi họng chỉ phát hiện viêm họng thông thường, thể trạng hoàn toàn bình thường. Khi được chụp phim tim phổi, tình cờ phát hiện tổn thương đốt sống D4 trên phim X-quang.



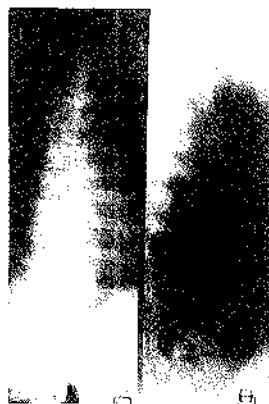
H266

1. Nêu các xét nghiệm có giá trị chẩn đoán xác định tổn thương đốt sống D4 đó:
 - a) Chụp cắt lớp vi tính cột sống
 - b) Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng
 - c) Phản ứng Mantoux

- d) Bilan phospho-calci
 - e) HLA-B27
 - f) Không cần bất cứ xét nghiệm gì
2. Chẩn đoán tổn thương D4 là gì?

Trường hợp 109. (H.267)

Bệnh nhân nam, 43 tuổi, đau cột sống ngực xuất hiện từ vài năm nay. Ngoài tính chất đau tại cột sống ngực kiểu cơ học, bệnh nhân không có bất kỳ các triệu chứng nào khác tại các khớp khác cũng như tại các bộ phận khác; không gầy sút, không sốt, không ho khạc... Khám: bệnh nhân có thể trạng trung bình; hạch ngoại biên không to. Vùng cột sống ngực ấn



H267

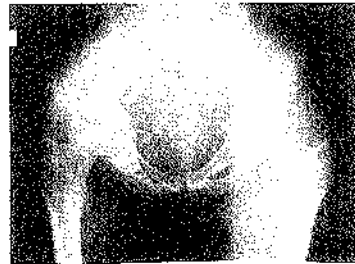
đau nhẹ, cơ cạnh cột sống bình thường. Độ giãn lồng ngực: 4 cm; độ giãn thất lưng: 5 cm.

1. H.267: nêu các xét nghiệm có giá trị chẩn đoán xác định:
 - a) Chụp cắt lớp vi tính cột sống thất lưng
 - b) Chụp cộng hưởng từ cột sống thất lưng
 - c) Phản ứng Mantoux
 - d) Xạ hình xương (scintigraphy)
 - e) HLA-B27
 - f) Không cần thêm bất cứ một xét nghiệm nào khác
2. Phân tích chẩn đoán?
3. Chỉ ra các thuốc hoặc phương pháp có chỉ định ở bệnh nhân này:

- a) Tiêm corticoid tại khớp liên mấu
- b) Thuốc giãn cơ (Myonal; Mydocalm...)
- c) Thuốc chống viêm không steroid
- d) Phẫu thuật
- e) Calcium
- f) Corticoid đường toàn thân
- g) Đeo thắt lưng cố định cột sống

Trường hợp 110. (H.273)

Bệnh nhân nữ, 34 tuổi, xuất hiện đau khớp háng phải từ 4-5 tháng nay. Đau lúc đầu mơ hồ. Gần đây đau rõ dần, đau suốt ngày đêm. Bệnh nhân không thể ngồi xổm được, đi lại khó khăn. Đôi lúc



H273

có sốt nhẹ, thường sốt về chiều. Không ho khạc. Khám: thể trạng trung bình, không sờ thấy hạch ngoại biên. Khớp háng phải: sưng nhẹ, hơi nóng, ấn sâu vào khớp háng phải có đau; giảm vận động tất cả các động tác. Các khớp khác vận động bình thường; các bộ phận khác bình thường.

1. Nêu các xét nghiệm có giá trị chẩn đoán:
 - a) Siêu âm khớp háng
 - b) Xạ hình xương (scintigraphy)
 - c) Phản ứng Mantoux
 - d) Bilan phospho-calci
 - e) Bilan viêm
 - f) HLA-B27

- g) Chọc hút dịch khớp háng làm xét nghiệm (tế bào, vi khuẩn...)
2. Chẩn đoán có thể là:
- a) Viêm khớp háng trong bệnh viêm cột sống dính khớp
 - b) Viêm khớp háng do vi khuẩn
 - c) Viêm khớp háng do lao
 - d) Thoái hóa khớp háng
 - e) Cốt tủy viêm xương đùi
3. Phân tích chẩn đoán?

Trường hợp 111. (H.274; H.275)

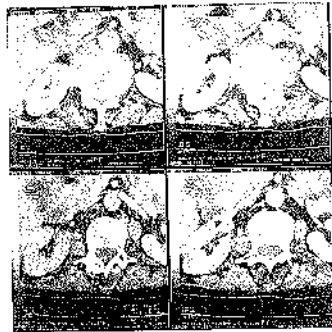
Bệnh nhân nữ, 72 tuổi, trước khỏe mạnh. Từ vài tháng nay xuất hiện đau cột sống thắt lưng. Lúc đầu đau âm ỉ, sau đau tăng dần. Gần đây bệnh nhân thấy đau lan ra trước ngực. Bệnh nhân đã đi khám và được chẩn đoán là đau thần kinh liên sườn, song các thuốc chống viêm không steroid và các vitamin liều cao không có hiệu quả. Đau ngày càng tăng, khiến bệnh nhân khó khăn khi thở và khi vận động cột sống thắt lưng có điểm đau chói ở khoảng L1-L2; không có lỗ rò tại phần cơ cạnh cột sống thắt lưng. Giảm vận động cột sống thắt lưng: độ giãn cột sống thắt lưng là 2 cm. Hạch dọc cơ ức đòn chũm và các hạch ngoại biên khác không sờ thấy. Ngoài ra các tại khớp khác cũng như tại các bộ phận khác hoàn toàn bình thường.



H274

1. H.274: nêu các xét nghiệm có giá trị chẩn đoán:

- a) Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng
- b) Xạ hình xương (scintigraphy)
- c) Phản ứng Mantoux
- d) Bilan phospho-calcé
- e) Đo mật độ xương
- f) Chụp cắt lớp vi tính cột sống thắt lưng
- g) Chọc hút dịch tại đốt sống tổn thương làm xét nghiệm (tế bào, vi khuẩn...) nếu có dịch



H275

2. H.275: chẩn đoán có thể là:

- a) Loãng xương
- b) Viêm đĩa đệm đốt sống do lao (lao cột sống)
- c) Viêm đĩa đệm đốt sống do vi khuẩn
- d) Đa u tủy xương (Myeloma)
- e) K di căn xương

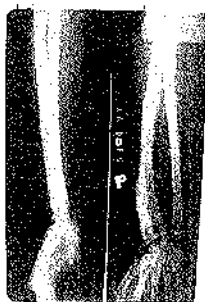
3. Phân tích chẩn đoán?

Trường hợp 112. (H.276; H.277; H.278)

Bệnh nhân nữ, 46 tuổi, đến khám vì đau xương dài xuất hiện từ nhiều năm. Lúc đầu, bệnh nhân chỉ đau âm ỉ từng đợt, song gần đây hầu như bệnh nhân đau thường xuyên và bệnh nhân đặc biệt lo lắng vì các cánh tay to dần lên. Sở tại chỗ thấy phần gồ lên tại cánh tay cứng, chắc, bờ không đều. Các phim chụp xương cẳng tay và cánh tay phát hiện được tổn thương. Các phim chụp xương cẳng chân, đùi, cột sống và xương sọ bình thường.



H276



H277



H278

1. Chẩn đoán có thể là:
 - a) Thoái hóa khớp
 - b) U xương lành tính
 - c) Xương hóa đá
 - d) Đa u tủy xương (Myeloma)
 - e) K di căn xương
 - f) Bệnh xương nén (Melorheostosis)
2. Hãy mô tả các bất thường trên phim X-quang và phân tích chẩn đoán?

Trường hợp 113. (H.279)

Bệnh nhân nữ, 30 tuổi, đau tại vùng mông, đau mơ hồ. Bệnh nhân không đau khớp. Bệnh nhân đi khám và được chụp X-quang quy ước khung chậu. Thể trạng bệnh nhân hoàn toàn bình thường, không gầy sút, không sốt, không ho khạc. Kinh nguyệt hoàn toàn bình thường. Khám khớp háng hai bên không sưng, không nóng; vận động bình thường. Các khớp khác cũng như các bộ phận khác bình thường.



H279

1. Nêu các xét nghiệm có giá trị chẩn đoán phân biệt:
 - a) Siêu âm khớp háng
 - b) Xạ hình xương (scintigraphy)
 - c) Phản ứng Mantoux
 - d) Bilan phospho-calcii
 - e) Bilan viêm
 - f) Chụp cắt lớp vi tính vùng tổn thương
 - g) Không cần thêm bất kỳ xét nghiệm nào khác
2. Kết quả xét nghiệm bilan viêm, bilan phospho-calcii âm tính. Chẩn đoán có thể là:
 - a) K di căn xương
 - b) U xương lành tính
 - c) Xương lốm đốm (Osteopoikilosis)
 - d) Đa u tủy xương (Myeloma)
 - e) Bệnh xương nền (Melorheostosis)
 - f) Xương hóa đá
3. Hãy mô tả các bất thường trên phim X-quang và phân tích chẩn đoán?

Trường hợp 114. (H.282)

Bệnh nhân nam, 32 tuổi, sưng đau cánh tay phải từ một năm nay. Khám: cánh tay phải của bệnh nhân sưng đỏ, chủ yếu phần cơ delta. Không có lỗ rò. Các động tác vận động khớp vai phải giảm nhẹ, chủ yếu do đau. Có một hạch ở nách phải, kích thước khoảng 2 cm, tròn, di động, ấn đau. Hiện bệnh nhân không sốt. Tim phổi và các bộ phận khác bình thường. Khai thác tiền sử, cách đó khoảng một năm, bệnh nhân có một nốt ở vai phải, kèm theo sốt cao khoảng 38,5-39°C. Bệnh nhân đã được tiêm kháng sinh, sau hai tuần, nốt ở vai hết sưng đau, bệnh nhân hết sốt. Chùng 4 tháng trở lại đây, bệnh nhân có những đợt sốt nhẹ, đau nhức ở cánh tay phải. Bệnh nhân tự dùng ampicillin trong mỗi đợt sốt (khoảng 10 ngày) song cánh tay phải gần đây xuất hiện sưng đau kéo dài.

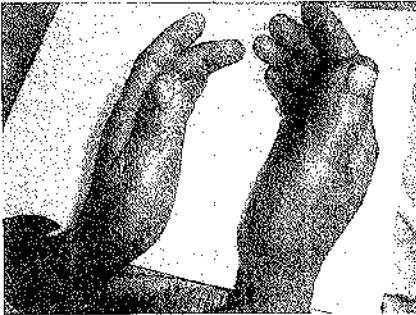
1. H.282: chẩn đoán có thể là:
 - a) K di căn xương
 - b) Tổn thương xương trong bệnh rối loạn chuyển hóa nào đó
 - c) Tổn thương xương trong bệnh máu ác tính
 - d) Loạn sản xơ xương
 - e) Cốt tủy viêm mạn tính
2. Chỉ ra các thuốc hoặc phương pháp có chỉ định điều trị ở bệnh nhân này:
 - a) Tiêm corticoid tại khớp vai
 - b) Thuốc giãn cơ (Myonal; Mydocalm...)
 - c) Corticoid đường toàn thân



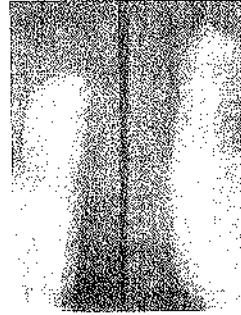
H282

- d) Kháng sinh
- e) Phẫu thuật nạo vét tổn thương
- f) Cố định khớp vai

Trường hợp 115. (H.283; H.284)



H283



H284

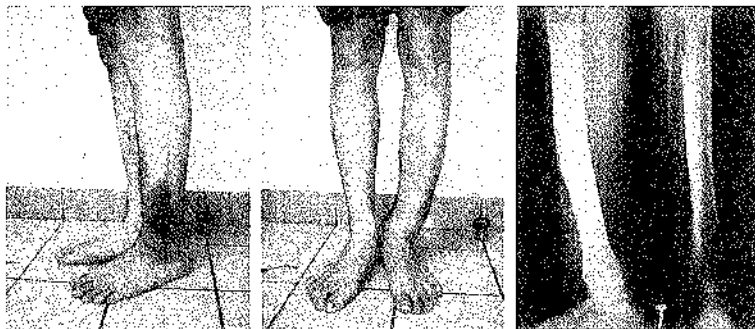
Bệnh nhân nữ, 52 tuổi, bị sưng đau ngón tay cái tay phải sau một lần làm cỏ lúa bị liềm cắt phải ngón cái tay phải từ 4 tháng trước nay. Đợt đó bệnh nhân có sốt cao khoảng 39-39,5⁰C. Bệnh nhân đã được dùng kháng sinh, sau 2 tuần, vết thương liền miệng, bệnh nhân hết sốt. Chùng 4 tháng trở lại đây, bệnh nhân có những đợt sốt nhẹ, đau nhức ở ngón tay phải. Bệnh nhân tự dùng Penicillin khoảng 10 ngày nay sưng cả ngón cái tay phải xuất hiện sưng nóng, đỏ đau kéo dài. Khám: ngoại trừ ngón cái tay phải của bệnh nhân sưng nóng đỏ và rất đau, các khớp khác hoàn toàn bình thường. Hiện bệnh nhân sốt 39⁰C. Tim phổi và các bộ phận khác bình thường.

1. H.283; H.284: nêu các xét nghiệm có giá trị chẩn đoán:
 - a) Yếu tố dạng thấp

- b) Xạ hình xương (scintigraphy)
 - c) Chọc hút dịch tại tổn thương làm xét nghiệm (tế bào, vi khuẩn...)
 - d) Bilan phospho-calcium
 - e) Bilan viêm
 - f) Phản ứng Mantoux
 - g) Cây máu
2. Chẩn đoán có thể là:
- a) K di căn xương
 - b) Sarcom xương bàn ngón cái bên phải
 - c) Hình bào mòn xương trong bệnh viêm khớp dạng thấp
 - d) Cốt tủy viêm
 - e) Tổn thương xương trong bệnh máu ác tính

Trường hợp 116. (H.285; H.286; H.287; H.288; H.289; H.290)

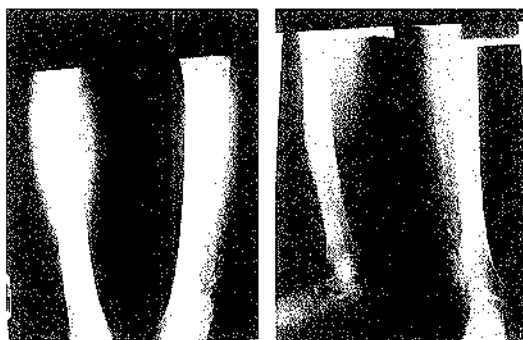
Bệnh nhân nam, 27 tuổi, đau cẳng chân trái từ nhiều năm nay. Từ năm 14 tuổi, sau một tai nạn giao thông, bệnh nhân bị vết thương phần mềm tại 1/3 dưới cẳng chân trái. Sau đó bệnh nhân bị cắt bỏ 1/3 dưới xương mác với chẩn đoán cốt tủy viêm. Từ ngày đó, bệnh nhân thường xuyên đau cẳng chân trái. Bệnh nhân trở lại khám tại bệnh viện Ngoại khoa nhiều lần, song chỉ được kê đơn thuốc chống viêm không steroid. Lần này bệnh nhân đến khám tại khoa Xương khớp sau khi chảy máu dạ dày khoảng 1 tuần. Hiện bệnh nhân không sốt. Da xanh nhẹ, niêm mạc hơi nhợt. Vết mổ tại cẳng chân trái khô. Vận động các khớp khác hoàn toàn bình thường. Tim phổi và các bộ phận khác bình thường.



H285

H286

H287



H288

H289

1. H.285; H.286; H.287; H.288; H.289: nêu các xét nghiệm có giá trị chẩn đoán
 - a) Chụp cắt lớp vi tính 1/3 dưới cẳng chân
 - b) Xạ hình xương (scintigraphy)
 - c) Bilan phospho-calcii
 - d) Bilan viêm
 - e) Chọc hút tổn thương làm xét nghiệm (tế bào, vi khuẩn...)



H290

2. H.290: là chụp cắt lớp vi tính. Kết quả các bilan thăm dò chỉ thấy một bất thường: Tế bào máu ngoại vi: số lượng hồng cầu: $2,93 \text{ }^T/\text{l}$; Hb: 86 g/l ; MCV: $93,9 \text{ fl}$, tiểu cầu: $349 \text{ }^G/\text{l}$; bạch cầu: $6,6 \text{ }^G/\text{l}$. Tốc độ máu lắng giờ đầu: 35 mm . Chẩn đoán có thể là:

- a) Sarcom phần dưới xương mác
- b) Cốt tủy viêm mạn tính
- c) Di chứng sau phẫu thuật cắt bỏ phần dưới xương mác
- d) Tổn thương xương trong bệnh máu ác tính
- e) K di căn xương

3. Phân tích chẩn đoán?

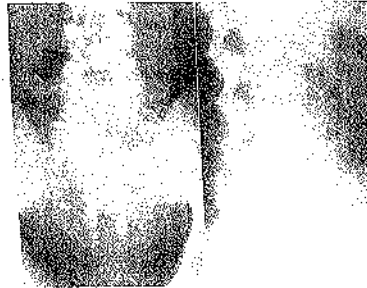
Trường hợp 117. (H.291; H.292; H.293; H.294; H.295)

Bệnh nhân nam, 28 tuổi, mới lập gia đình được một tháng bỗng xuất hiện liệt dương, táo bón, đau cột sống thắt lưng và yếu dần 2 chi dưới. Bệnh nhân không sốt, không gầy sút, không ho khạc. Khám: thể trạng trung bình, da hồng, niêm mạc bình thường, hạch ngoại biên không sờ thấy. Liệt nhẹ 2 chi dưới, phản xạ gân xương bình thường, phản xạ da bìu giảm. Độ giãn cột

sống thất lưng giảm. Thăm trực tràng có một khối hơi chắc, tròn, lớn, chiếm toàn bộ trực tràng, ấn không đau, không có máu ra theo tay.

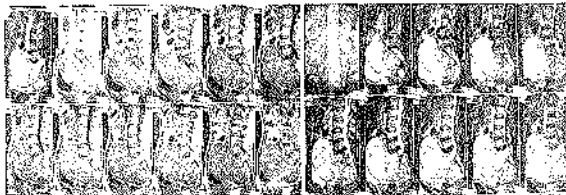


H291



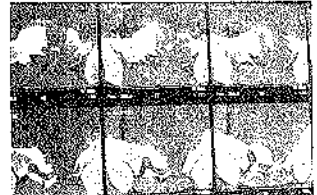
H292

1. Nêu các xét nghiệm có giá trị chẩn đoán
 - a) Chụp cộng hưởng từ cột sống thất lưng
 - b) Xạ hình xương (scintigraphy)
 - c) Phản ứng Mantoux
 - d) Bilan phospho-calcii
 - e) Chụp cắt lớp vi tính cột sống thất lưng
 - f) HLA-B27



H293

H294

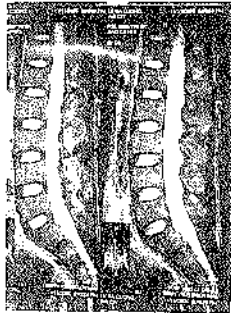


H295

2. H.293; H.294; H.295: là hình ảnh chụp cộng hưởng từ của bệnh nhân. Mô tả tổn thương và chẩn đoán?

Trường hợp 118. (H.296; H.297; H.298; H.299)

Bệnh nhân nam, 29 tuổi, sau khi nhấc một túi xi măng khoảng 50 kg, xuất hiện triệu chứng đau thần kinh tọa trái. Bệnh nhân đau nhiều, tăng khi ho, hắt hơi. Lasègue trái 30°. Bệnh nhân đã được chụp X-quang quy ước, không phát hiện ra điều gì đặc biệt.



H296



H297



H298



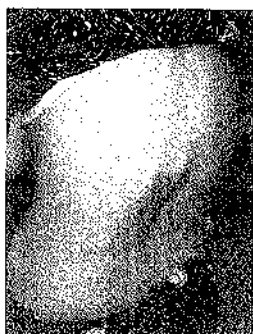
H299

1. H.296; H.297; H.298; H.299: chẩn đoán có thể là:
- a) Thoát vị đĩa đệm
 - b) U nguyên sống (Chordoma)
 - c) U thần kinh (Neurimoma)

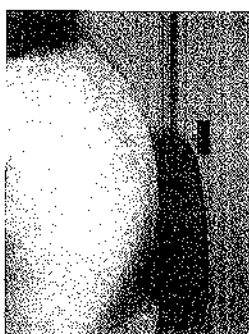
- d) U màng não (Meningioma)
- 2. Chỉ ra các thuốc hoặc phương pháp điều trị tệt căn ở bệnh nhân này?
 - a) Phẫu thuật
 - b) Thuốc giãn cơ (Myonal; Mydocalm...)
 - c) Thuốc chống viêm không steroid
 - d) Tiêm ngoài màng cứng
 - e) Đeo thắt lưng cố định cột sống thắt lưng
 - f) Các vitamin nhóm B liều cao
 - g) Thuốc giảm đau (paracetamol...)
- 3. Phân tích chẩn đoán?

Trường hợp 119. (H.300; H.301; H.302; H.303; H.304; H.305; H.306; H.307; H.308; H.309)

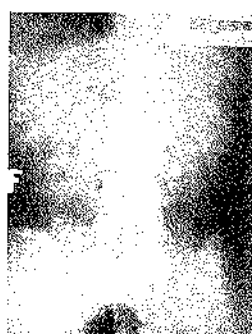
Bệnh nhân nữ, 49 tuổi, bị biến dạng cột sống thắt lưng sau chấn thương từ lúc khoảng 18-20 tuổi và bị vẹo cột sống thắt lưng sang phải, vẫn đi lại bình thường. Khoảng từ 6-7 năm nay, đôi khi bệnh nhân có đau cột sống thắt lưng, khoảng L4-L5, thường đau kiểu cơ học, không ảnh hưởng đến vận động. Từ 5-6 tháng nay xuất hiện đau cột sống thắt lưng, khoảng D12-L1. Đau âm ỉ suốt ngày đêm và đau ngày càng tăng. Kèm theo, bệnh nhân có sút về chiều, gầy sút khoảng 2kg. Bệnh nhân không ho khạc, ăn uống bình thường. Khám: thể trạng hoàn toàn trung bình. Hạch ngoại biên không sờ thấy. Cột sống thắt lưng biến dạng, ấn có điểm đau chói tại D12-L1. Các bộ phận khác bình thường. Bệnh nhân đi khám ở phòng khám không chuyên khoa, đã chụp cộng hưởng từ và được chẩn đoán là K di căn xương.



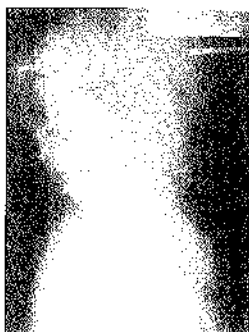
H300



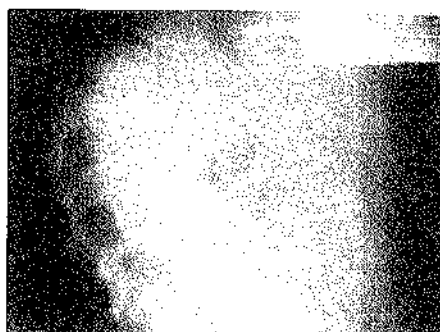
H301



H302



H303



H304

1. H.300; H.301; H.302; H.303; H.304: nêu các xét nghiệm bắt buộc phải chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán:
 - a) Phim chụp cắt lớp vi tính cột sống thắt lưng
 - b) Xạ hình xương (scintigraphy)
 - c) Phản ứng Mantoux
 - d) Bilan phospho-calci
 - e) Bilan viêm
 - f) Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng
 - g) Chọc hút dịch tổn thương làm xét nghiệm (tế bào, vi khuẩn...)



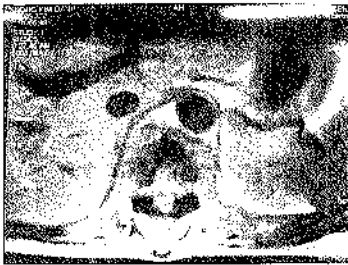
H306



H307



H305



H308



H309

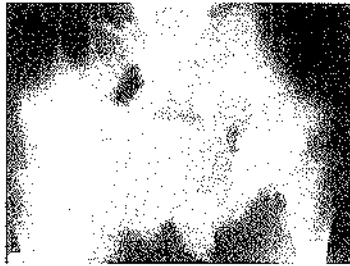
2. Kết quả xét nghiệm máu của bệnh nhân như sau: công thức máu: số lượng hồng cầu: 3,3 T/l; Hb: 114 g/l; MCV: 77,1 fl; bạch cầu: 5,5 $\times 10^9$ /l (lympho 28,2%; trung tính 63,1%). Tốc độ máu lắng giờ đầu: 34 mm. Chẩn đoán có thể là:

- a) Loãng xương
- b) Tồn thương cột sống thắt lưng là di chứng của chấn thương hồi trẻ
- c) Viêm đĩa đệm đốt sống do lao (lao cột sống)
- d) Viêm đĩa đệm đốt sống do vi khuẩn

- e) K di căn xương
 - f) Tổn thương khác?
3. Phân tích chẩn đoán?

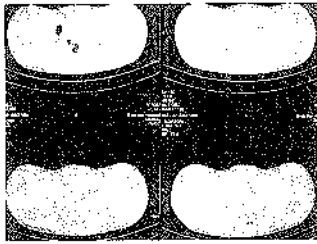
Trường hợp 120. (H.310; H.311; H.312;H.313;H.314)

Bệnh nhân nam, 16 tuổi, đau khớp háng hai bên xuất hiện từ 3-4 tháng nay. Ngay từ đầu bệnh nhân đã đau suốt ngày đêm, nhiều đêm phải thức giấc vì đau. Đau khiến bệnh nhân đi lại phải dùng nạng và không thể ngồi xổm được. Bệnh nhân có những đợt sốt khoảng 38,5 - 39°C. Các khớp khác không đau. Thở trạng hoàn toàn bình thường, không gầy sút, không sốt, không ho khạc, không có các triệu chứng gì khác tại các bộ phận khác.



H310

1. H.310: nêu các xét nghiệm có giá trị chẩn đoán - nêu lý do
- a) Siêu âm khớp háng
 - b) Xạ hình khớp háng (scintigraphy)
 - c) Phản ứng Mantoux
 - d) Chụp cắt lớp vi tính khớp cùng chậu – khớp háng
 - e) Bilan viêm
 - f) HLA-B27
 - g) Siêu âm ổ bụng



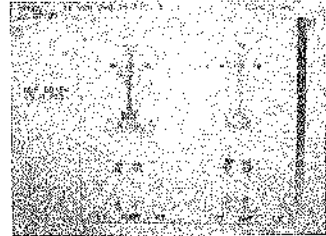
H311



H312



H313



H314

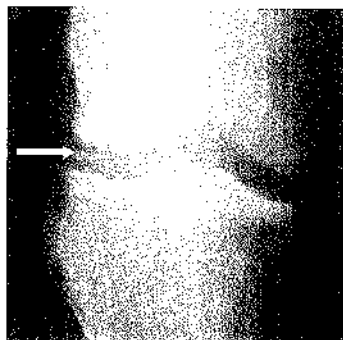
2. Bệnh nhân đã được chụp cắt lớp vi tính (H.311; H.312) và xạ hình xương (H.313; H.314): kết quả xét nghiệm của bệnh nhân: công thức máu: số lượng hồng cầu: 4,9 T/l; Hb: 140 g/l; MCV: 85,7 fl; bạch cầu: 8,1 G/l (lympho: 25,4%; trung tính: 65,1%). Tốc độ máu lắng giờ đầu: 5 mm. Chẩn đoán có thể là:
- a) Viêm cột sống dính khớp
 - b) Viêm khớp háng do lao
 - c) Viêm khớp háng do vi khuẩn
 - d) Bệnh Legg-Perthes- Calvé
3. Phân tích chẩn đoán?

CÁC TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

PHẦN II: TRẢ LỜI

CÁC TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG PHẦN II: TRẢ LỜI

Trường hợp 01. (H.01; H.02)



H02

Trong khe khớp đùi - chày cả hai bên hình ảnh của sụn chêm hiện lên rõ ràng (bình thường sụn chêm không cản quang). Chẩn đoán: calci hóa các sụn chêm. (Chondrocalcinose)

Trường hợp 02. (H.03; H.04; H.05)

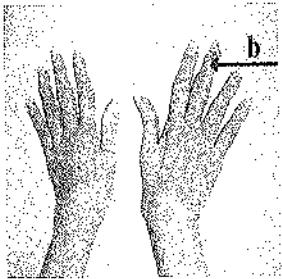


H05

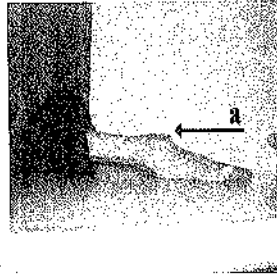
1. H.03: khớp cổ tay sưng (a), teo cơ gian đốt (b).

2. H.04: ngón tay hình cổ ngỗng, do tổn thương gân duỗi ngón tay.
3. H.05: khe khớp hẹp (a), hình bào mòn (b) (mũi tên)
4. Viêm khớp dạng thấp

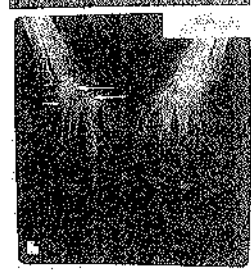
Trường hợp 03. (H.06; H.07; H08)



H06



H07



H08

1. H.06; H.07: cổ tay hình lưng lạc đà (a), bàn tay gió thổi (b).
2. H.08: trên X-quang khối xương cổ tay hai bên có thể thấy rõ khe khớp hẹp (a), mất chất khoáng lan tỏa, hình hốc trong xương (b), hình bào mòn (c).
3. Kết hợp với các triệu chứng lâm sàng, có thể chẩn đoán đây là tổn thương khớp bàn cổ tay trong bệnh viêm khớp dạng thấp.

Trường hợp 04. (H.09; H.10; H.11)

Ban xuất huyết dạng thấp, gặp trong hội chứng Schönlein - Henoch.

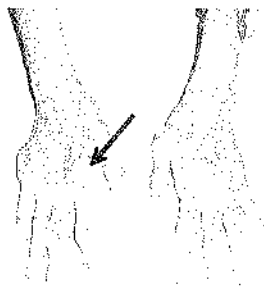
Trường hợp 05. (H.12)

1. Chẩn đoán đúng là **b** - gút cấp tính
2. Có hai cách để chẩn đoán. Theo tiêu chuẩn Benette Wood,

nếu chọc hút dịch khớp tìm thấy tinh thể urat hình kim thì có thể khẳng định chẩn đoán. Song ở nước ta khó có điều kiện để thực hiện ở các tuyến cơ sở. Do đó có thể chỉ định colchicin 1 mg mỗi ngày 3 viên (chia 3 lần, mỗi lần uống 1 viên vào các buổi sáng, trưa, tối) trong 2 ngày liền, nếu khớp giảm sưng đau, thì cũng đủ chẩn đoán xác định gút.

Trường hợp 06. (H.13)

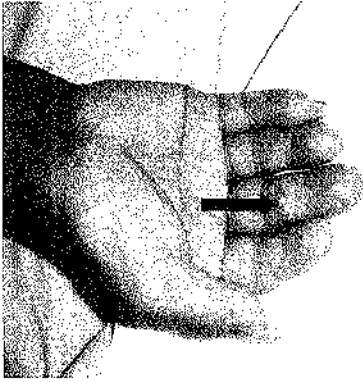
1. Chẩn đoán đúng là c - gút mạn tính
2. Bệnh nhân nhiều khớp đối xứng, trong đó có các khớp ở bàn tay. Đây là các khớp thường bị tổn thương trong bệnh viêm khớp dạng thấp. Tuy nhiên, có thể nhận thấy tại vị trí các khớp ngón gần tay phải có các chấm màu trắng đặc trưng của hạt tôphi - xuất hiện trong bệnh gút.



H13

Trường hợp 07. (H.14; H.15)

1. H.14: chẩn đoán đúng là d - hạt tôphi
2. H.15: hình khuyết xương (a) nhỏ giống như các hình bào mòn gập trong bệnh viêm khớp dạng thấp, song các hình khuyết này đều cách xa vị trí bám của màng hoạt dịch, đây là đặc điểm rất quan trọng để phân biệt giữa các bệnh này về hình ảnh X-quang.
3. Chẩn đoán: gút mạn tính có tổn thương xương khớp. Trên da tại gan bàn tay bàn chân có các hạt dưới da kích thước 2-3 cm, gồ ghề, màu trắng. Đó là hạt tôphi, một triệu chứng rất điển hình của gút mạn tính.



H14



H15

Trường hợp 08. (H.16)

Chẩn đoán đúng là c - hạt tô phi.

Trường hợp 09. (H.17; H.18; H.19; H.20)



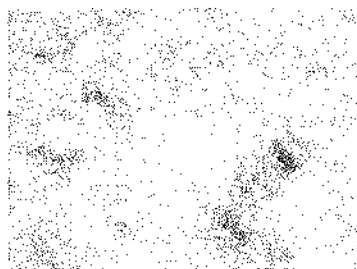
H17



H18



H19



H20

1. H.17: phía đầu xương bàn ngón I có hình ảnh một hốc lớn (a), kèm theo bong màng xương (b). Tuy nhiên, đây không phải vị trí điển hình của sarcom xương (thường là đầu xương dài). Tổn thương này dạng hốc lớn xâm lấn cả 2 xương (bàn ngón và ngón gần ngón chân I). Ngoài ra, có thể thấy bóng mờ cản quang của phần mềm ngón chân I, gợi ý hạt tô phi.

2. H.18; H.19: hai hình ảnh này chính là ngón chân I của bệnh nhân được phẫu thuật. Các hốc này chứa đầy các tinh thể urat không cản quang. Bộc lộ tổn thương cho thấy các tinh thể màu trắng ngà có thể nhìn rất rõ bằng mắt thường.

3. H.20: là bệnh phẩm lấy khi phẫu thuật đem Giemsa, soi dưới kính hiển vi thông thường đã phát hiện thấy rất nhiều tinh thể u rất hình kim, nhọn 2 đầu, không màu, đứng thành đám.

Trường hợp 10. (H.21; H.22)

1. H.21: chẩn đoán đúng là a – hạt tô phi không lồ đang ở tình trạng viêm, sắp vỡ.

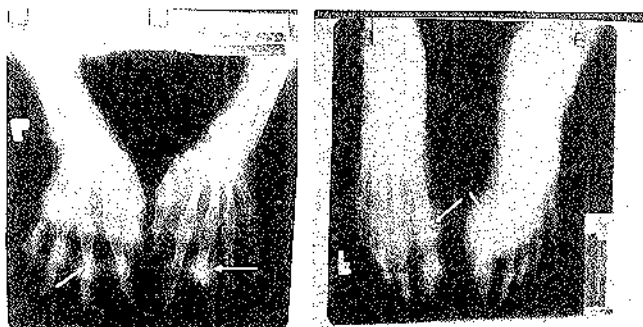
2. H.22: tình trạng hạt tô phi ở khuỷu bị vỡ. Có thể thấy rõ trên nền da viêm đỏ, có các đốm trắng đặc trưng của hạt tô phi. Toàn bộ khuỷu tay của bệnh nhân có màu trắng, trông như bệnh

nhân bôi thuốc bột trắng lên. Đó chính là các tinh thể urat màu trắng còn đọng lại trên da. Nếu nhìn dưới kính hiển vi sẽ thấy được các tinh thể này có hình kim, trong suốt (H.20).

Trường hợp 11. (H.23)

Trên thực tế đó là c - dịch chứa tinh thể urat.

Trường hợp 12. (H.24; H.25)



H24

H25

1. Trên cả phim X-quang đều có hình khuyết xương (a). Lưu ý là các hình khuyết này đều cách xa vị trí bám của màng hoạt dịch. Ngoài ra, còn có hình ảnh tân tạo xương (b), hình ảnh cản quang nhẹ của hạt tô phi ở phần mềm quanh khớp. Tại các khớp ngón xa ở chân còn thấy rõ hình ảnh hẹp khe khớp, đặc xương dưới sụn (c) và tân tạo xương (b).

2. Chẩn đoán đúng là: b - gút mạn tính.

Trường hợp 13. (H.26)

Tổn thương tại vành tai của bệnh nhân là: c - hạt tô phi.

Trường hợp 14. (H.27; H.28)



H27

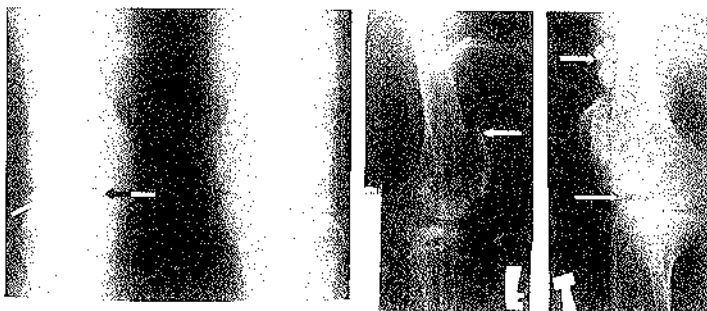
H28

1. H.27: trong khoang nội khớp thấy rõ hai khối cản quang rõ, ranh giới rõ.

H.28: xác nhận một khối hình hạt lạc, kích thước khoảng 1,5 x 0,5 cm nằm phía trước khoang khớp (a) và một khối tròn đường kính 0,5cm nằm phía sau khoang (b), sát phía xương vòng (c). Khe khớp rộng bình thường, rõ nét, đều.

2. Chẩn đoán đúng là e - bệnh lý xương - sụn màng hoạt dịch nguyên phát (ostéochondromatose synoviale primitive).

Trường hợp 15. (H.29; H.30)



H29

H30

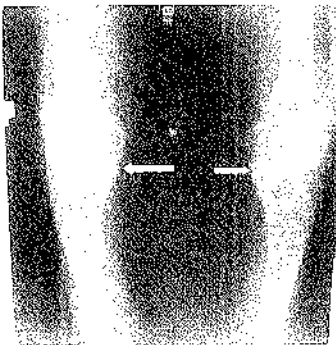
1. H.29: tại cả khớp gối 2 bên đều thấy hình ảnh đặc xương dưới sụn (a) và khe khớp hẹp. Khe khớp hẹp với tính chất không đối xứng giữa hai phía trong và ngoài của khớp gối, tức là hẹp chủ yếu ở khớp đùi chày trong (b).

H.29; H.30: trên cả phim thẳng và nghiêng của khớp gối trái có thấy các hình tròn không thật đồng nhất cản quang ở nội khớp và túi cùng trên xương bánh chè đường kính khoảng 0,5 – 1 cm tập trung thành đám (calci hóa chứng tỏ các tổn thương viêm màng hoạt dịch mạn tính). Trên phim nghiêng (H.30) thấy thoái hóa khớp đùi – bánh chè hai bên biểu hiện bằng đặc xương dưới sụn và các gai xương rất lớn cả ở xương đùi và xương bánh chè.

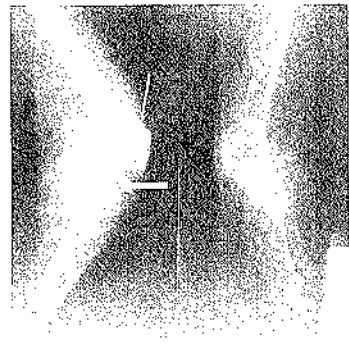
2. Chẩn đoán đúng là c - bệnh lý xương sụn thứ phát sau thoái hóa khớp gối.

3. Bệnh nhân này không có tiền sử chấn thương hoặc vi chấn thương kéo dài. Ngoài ra, triệu chứng thoái hóa khớp rất điển hình, cả ở khớp gối hai bên. Đó là gợi ý chẩn đoán bệnh lý xương-sụn (ostéochondromatose synoviale) thứ phát sau thoái hóa khớp gối.

Trường hợp 16. (H.31; H.32; H.33)



H32



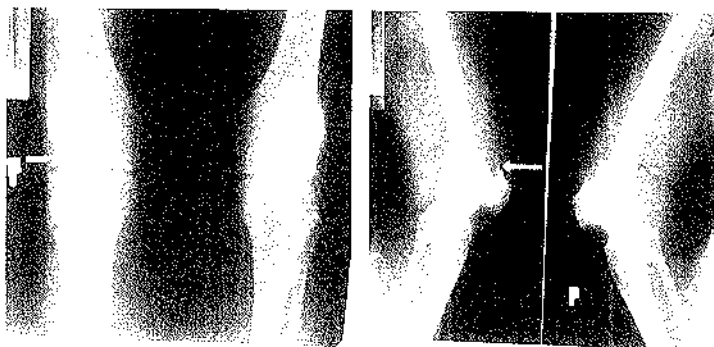
H33

1. H.31: trục chi dưới bất thường: hình chữ O (trục hướng vào trong). Đó là yếu tố nguy cơ gây thoái hóa khớp gối do diện tích bề mặt tiếp xúc ở phần trong của xương chày.

2. H.32; H.33: tại cả khớp gối hai bên đều thấy hình ảnh và khe khớp hẹp (a) với tính chất không đối xứng, tức là hẹp chủ yếu ở khớp đùi chày và đặc xương sụn (b). Ngoài ra còn có hình ảnh mất chất khoáng toàn bộ các xương đùi, chày mác, vỏ xương mỏng (c), chứng tỏ tình trạng loãng xương (phù hợp với tuổi của bệnh nhân).

3. Chẩn đoán đúng là: c - thoái hóa khớp.

Trường hợp 17. (H.34; H.35)



H34

H35

1. H.34: khe khớp bình thường, tuy nhiên có thể thấy rõ các gai xương ở đầu các xương đùi và xương chày.

2. H.35: gai xương ở đầu trên xương bánh chè.

3. Chẩn đoán: thoái hóa khớp đùi bánh chè.

1. H.29: tại dưới sụn (a) v đối xứng giữa chủ yếu ở khế H.29; H.3 có thấy các hì và túi cùng tr tập trung thà màng hoạt dị hóa khớp đùi sụn và các g

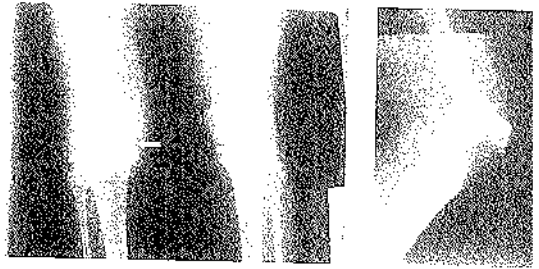
2. Chấn thoái hóa kh

3. Bệnh chấn thương điển hình, có xương-sụn (hóa khớp gế

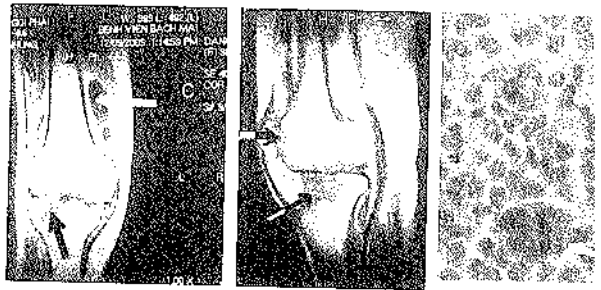
Trường hợp



Trường hợp 18. (H.36; H.37; H.38; H.39; H.



H37



H39

H40

1. Chấn đoán đúng là c - viêm màng hoạt lỏng nốt sắc tố.

2. H.36: khớp gối trái sưng, đỏ, không có i H.37; H.38: hình ảnh X-quang khớp gối t đường như bình thường.

H.39; H.40: hình ảnh chụp cộng hưởng từ k ảnh dịch khớp với ổ dịch lớn phía trên xương b ảnh viêm khớp biểu hiện bởi các ổ khuyết lớn tạ sụn tại ở đầu dưới xương đùi và đầu trên xương hình soi gương) (b).

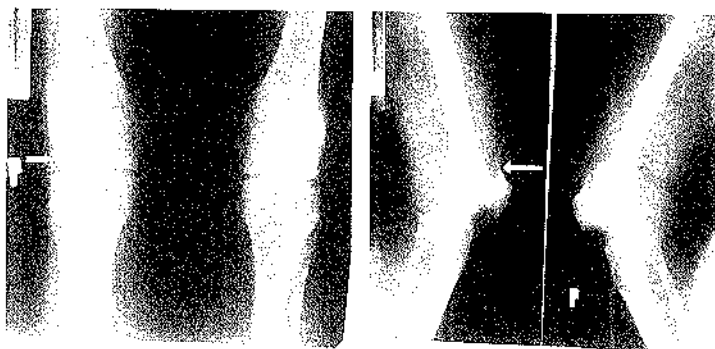
Bằng chứng gợi ý chấn đoán là dịch khớp tình trạng hủy xương dưới sụn rất rõ ràng trê

1. H.31: trục chi dưới bất thường: hình chữ O (trục hướng vào trong). Đó là yếu tố nguy cơ gây thoái hóa khớp gối do diện tích bề mặt tiếp xúc ở phần trong của xương chày.

2. H.32; H.33: tại cả khớp gối hai bên đều thấy hình ảnh và khe khớp hẹp (a) với tính chất không đối xứng, tức là hẹp chủ yếu ở khớp đùi chày và đặc xương sụn (b). Ngoài ra còn có hình ảnh mất chất khoáng toàn bộ các xương đùi, chày mác, vỏ xương mỏng (c), chứng tỏ tình trạng loãng xương (phù hợp với tuổi của bệnh nhân).

3. Chẩn đoán đúng là: c - thoái hóa khớp.

Trường hợp 17. (H.34; H.35)



H34

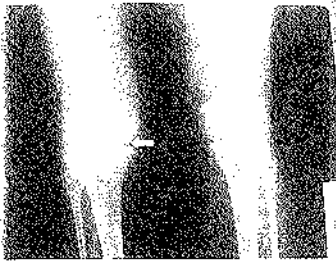
H35

1. H.34: khe khớp bình thường, tuy nhiên có thể thấy rõ các gai xương ở đầu các xương đùi và xương chày.

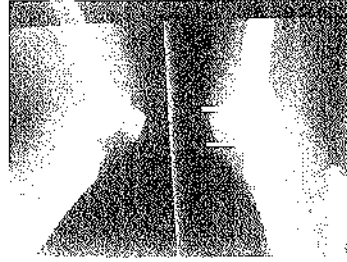
2. H.35: gai xương ở đầu trên xương bánh chè.

3. Chẩn đoán: thoái hóa khớp đùi bánh chè.

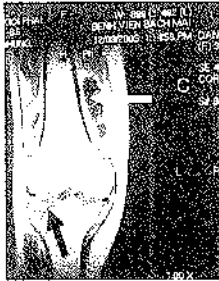
Trường hợp 18. (H.36; H.37; H.38; H.39; H.40; H.41)



H37



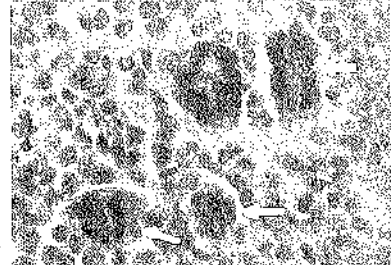
H38



H39



H40



H41

1. Chẩn đoán đúng là c - viêm màng hoạt dịch khớp gối thể lỏng nốt sắc tố.

2. H.36: khớp gối trái sưng, đỏ, không có lỗ rò.

H.37; H.38: hình ảnh X-quang khớp gối trái thẳng nghiêng dường như bình thường.

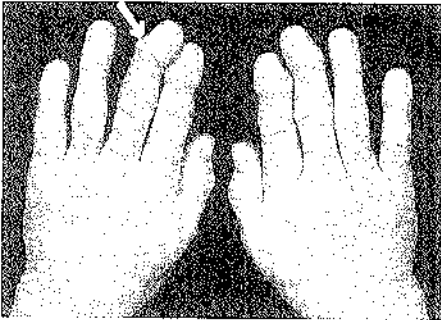
H.39; H.40: hình ảnh chụp cộng hưởng từ khớp gối trái: hình ảnh dịch khớp với ổ dịch lớn phía trên xương bánh chè (a). Hình ảnh viêm khớp biểu hiện bởi các ổ khuyết lớn tại đầu xương dưới sụn tại ổ đầu dưới xương đùi và đầu trên xương chày (tổn thương hình soi gương) (b).

Bằng chứng gợi ý chẩn đoán là dịch khớp gối màu nâu và tình trạng hủy xương dưới sụn rất rõ ràng trên cộng hưởng từ

(trong khi hình ảnh X-quang quy ước bình thường).

Cần xét nghiệm mô bệnh học màng hoạt dịch để quyết định chẩn đoán. Tốt nhất nên nội soi khớp, có thể nhìn thấy các hạt sắc tố màu vàng lắng đọng tại màng hoạt dịch. Tổn thương cơ bản về mô bệnh học là các đại thực bào thực bào các thiết huyết tố (H.41).

Trường hợp 19. (H.42; H.43)



H42



H43

1. H.42: hình ảnh biến dạng của các khớp ngón xa ngón II và III cả hai bên, với các hạt dưới da (hạt Heberden) rất rõ. Các hạt này còn thấy ở khớp ngón xa ngón V hai bên. Các khớp khác (ngón gần, bàn ngón, cổ tay không thấy sưng hoặc biến dạng). Da tay có vẻ thô ráp của người lao động chân tay nhiều, phù hợp với tuổi và nghề nghiệp của bệnh nhân.

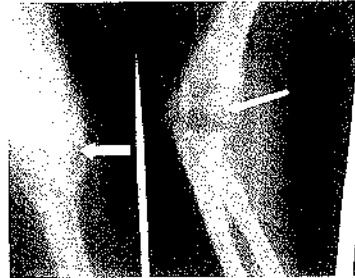
2. H.43: hình ảnh lệch trục của các khớp ngón xa ngón (ngón thứ II đến ngón thứ V). Các khớp này có khe khớp hẹp, đặc xương dưới sụn và chồi xương. Khớp ngón gần của các ngón này và ở ngón I cũng tổn thương tương tự. Các khớp ngón xa của ngón III, IV, V còn có hũy xương dưới sụn kèm theo. Đó là tổn

thương thoái hóa khớp tiến triển.

3. Chẩn đoán đúng là: c - thoái hóa khớp nhỏ ở bàn tay. Hình ảnh hủy xương dưới sụn kèm theo chứng tỏ tổn thương thoái hóa khớp tiến triển.

Trường hợp 20. (H.44; H.45)

1. H.44: do chỉ có duy nhất 1 khớp có tổn thương, nên có nhiều khả năng tổn thương khớp này là viêm khớp nhiễm khuẩn do vi khuẩn thường hoặc lao khớp. Bệnh nhân không có các triệu chứng viêm cấp tại chỗ (không nóng, không đỏ), khớp sưng tăng dần, nên nhiều khả năng là lao khớp.



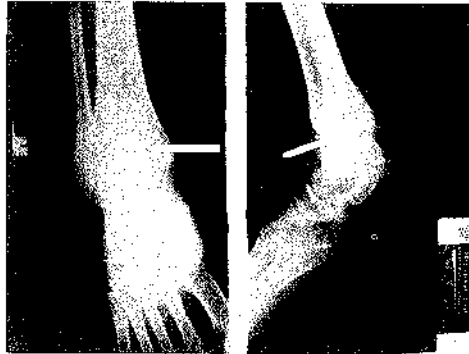
H45

2. H.45: hình ảnh sưng phần mềm; hẹp khe khớp; hình ảnh hủy xương nam nhò đối xứng qua khe khớp: tổn thương bắt đầu từ khe khớp lan tỏa sang hai cực của khớp (hình ảnh soi gương).

3. Cần phải hỏi những triệu chứng về lao: sốt về chiều, gày sút, ho khạc đờm hoặc ho ra máu, tiền sử cá nhân hoặc gia đình bị lao (phổi, hạch, thanh mạc...). Cũng cần hỏi các triệu chứng về nhiễm khuẩn do vi khuẩn thường: sốt cao, đường vào (mụn nhọt, tiêm khớp, châm cứu tại hoặc cạnh khớp...). Ngoài ra phải hỏi cơ địa: dùng thuốc corticoid, giảm miễn dịch, đái tháo đường, nhiễm HIV/AIDS... Cần chỉ định chụp X-quang phổi, hạch đỏ (nếu tìm thấy hạch), test mantoux, xét nghiệm tìm BK đờm. Cần chọc dò dịch khớp lấy dịch xét nghiệm tế bào tìm BK, vi khuẩn, PCR với vi khuẩn lao. Trong số các xét nghiệm đó, các bằng chứng của vi

khuẩn và phân tích tế bào học dịch khớp là xét nghiệm có giá trị quyết định chẩn đoán.

Trường hợp 21. (H.46; H.47)



H47

1. H.46; H.47: xét nghiệm có giá trị chẩn đoán cao nhất là f - chọc hút dịch khớp cổ chân làm xét nghiệm (tế bào, vi khuẩn, vi tinh thể...).

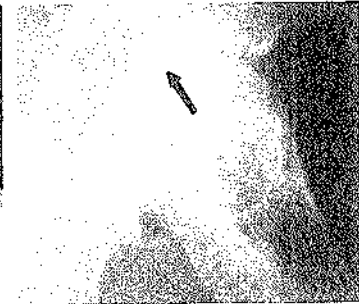
2. Chẩn đoán đúng là: b - viêm khớp do lao

3. Khớp cổ chân phải sưng, đỏ, đặc biệt có lỗ rò tại phía trên mắt cá ngoài - gợi ý tổn thương do lao. Trên phim X-quang có hình ảnh khe khớp hẹp, hủy xương đối xứng qua khe khớp (hình ảnh soi gương), mức độ hủy xương không nhiều - hình ảnh điển hình của viêm khớp. Trường hợp này không thể là viêm khớp do lupus vì chỉ viêm khớp duy nhất một khớp cổ chân và bệnh nhân vẫn đang được điều trị bệnh lupus bằng corticoid và các thuốc khác. Khó có thể nói đây là viêm khớp mù vì tình trạng viêm khớp kéo dài (có lỗ rò trên mắt cá ngoài) trong khi hình ảnh X-quang không tương xứng với mức độ viêm trên lâm sàng.

Trường hợp 22. (H.48; H.49)



H48



H49

1. H.48: tại khớp háng phải thấy chỏm xương đùi dẹt (tiêu chỏm) rõ rệt (a); trong khi khe khớp bình thường, ổ cối bình thường; tại khớp háng trái: hình ảnh chỏm xương đùi bị sập, có thể thấy rõ “vết nứt” trên phim thẳng (b).

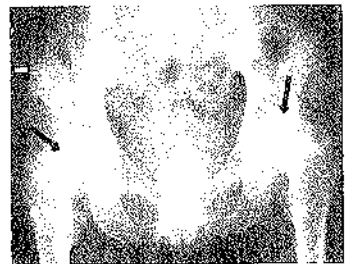
2. H.49: phim nghiêng khớp háng trái: hình ảnh “vô trứng” (do phần chỏm đã bị hoại tử song phần xương dưới sụn vẫn được bảo tồn).

3. Chẩn đoán xác định: hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi hai bên. Theo phân loại Arlet và FiCat – 1980, tổn thương bên phải: giai đoạn III (xẹp chỏm nhưng chưa có hẹp khe khớp) và bên trái: giai đoạn II B (dấu hiệu “đường sáng hình liềm”).

Trường hợp 23. (H.50)

1. Chẩn đoán là c - hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi hai bên

2. Chỏm xương đùi hai bên bị biến dạng, phần chỏm bị hoại tử và xẹp rõ rệt kèm theo tư thế của chi



H50

khuyến cho cổ xương đùi ngắn lại. Khe khớp bình thường, thậm trí rộng ra, trừ phần khe phía ngoài rìa ổ cối. Có thể thấy vùng ngoài rìa ổ cối hình ảnh khe khớp hẹp (a) và có chồi xương nhỏ (b). Chẩn đoán trường hợp này là hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi hai bên (giai đoạn IV theo phân loại Arlet và FiCat – 1980 do đã có thoái hóa thứ phát).

Trường hợp 24. (H.51)

1. Chẩn đoán đúng là b – hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi bên phải có thoái hóa thứ phát.

2. Bên phải: phần chỏm xương đùi phải có mật độ không đồng đều (các vùng kết đặc xen kẽ với các vùng sáng do hủy xương) song tổn thương chỉ ở đầu trên xương đùi (a); khe khớp hẹp nhẹ, có kết đặc đầu xương dưới sụn vùng ổ cối (b) và có hình ảnh chồi xương tại phía trên và dưới rìa ổ cối (c). Tình trạng hủy ở chỏm xương đùi trong khi ổ cối hoàn toàn nguyên vẹn, không có hủy xương. Bên trái: bình thường.

Trường hợp 25. (H.52; H.53)

1. H.52: chẩn đoán không thể là K vú di căn xương vì tổn thương khá khu trú. Có một đường viền dạng đường cong mờ, hướng lõm lên trên, phân cách vùng mất chất khoáng với vùng lành ở thân xương đùi, ranh giới rõ. Chẩn đoán đúng là hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi.

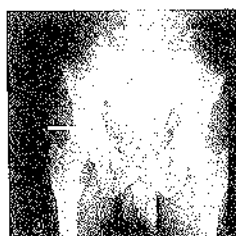


H53

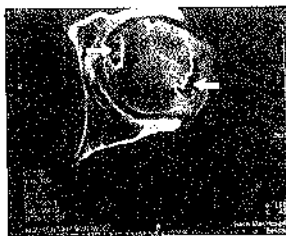
2. H.53: bệnh nhân có chỉ định

thay khớp háng nhân tạo do chức năng vận động giảm rõ rệt, bệnh nhân đau nhiều, chỏm xương đùi bị tiêu diệt gần hết. Trên thực tế, sau khi thay khớp háng, chức năng vận động của bệnh nhân này đã phục hồi, hết đau khớp háng.

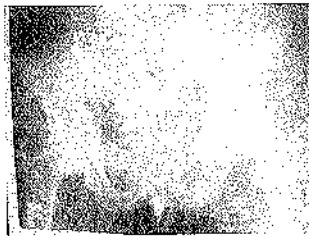
Trường hợp 26. (H.54; H.55; H.56; H.57; H.58)



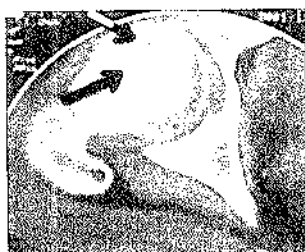
H54



H55



H56



H57



H58

1. H.54: có một ổ lớn tại chỏm xương đùi bên phải có mật độ không đồng đều: các vùng sáng do mất chất khoáng xen lẫn các vùng mờ do phản ứng tân tạo xương (a). Vùng này có ranh giới khá rõ: có một đường viền dạng đường cong mờ, hướng lõm lên trên, phân cách vùng mất chất khoáng với vùng lành ở thân xương đùi. Đây là đường phân cách vùng tổn thương với vùng lành được gọi là đường viền ngoại biên (b). Khe khớp bình thường. Khớp háng trái bình thường.

2. Tổn thương tại khớp háng phải là c - hoại tử vô khuẩn

chôm xương đùi giai đoạn IV theo phân loại Arlet và FiCat – 1980 do đã có thoái hóa thứ phát.

3. Khớp háng trái có thể đã có tổn thương hoại tử chôm, xong chưa có tổn thương. Cần chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ để phát hiện các tổn thương ở giai đoạn I. (H.55 là phim chụp cắt lớp khớp háng trái của bệnh nhân trên cho các hình ảnh rất điển hình).

4. Căn nguyên của hoại tử vô khuẩn xương nói chung là thiếu máu nuôi dưỡng đầu xương, nên còn có tên là hoại tử vô mạch. Hoại tử vô khuẩn chôm xương đùi thường gặp ở những người có rối loạn chuyển hóa (lipid máu, tăng acid uric và bệnh gút), sử dụng corticoid kéo dài, uống nhiều rượu, hút nhiều thuốc lá; mắc các bệnh gan mạn tính, lupus ban đỏ hệ thống, viêm tụy, bệnh hồng cầu hình liềm, rối loạn đông máu...những bệnh nhân sau điều trị tia xạ, hóa trị liệu; ngoài ra, có thể xảy ra sau chấn thương (gãy cổ xương đùi, trật khớp háng...).

5. Tình trạng tiêu cổ xương đùi sẽ ngày càng tăng, nhiều trường hợp tiến triển rất nhanh. H.56 là hình ảnh X-quang của một bệnh nhân khác với tổn thương bên trái hầu như bình thường, phải chụp cắt lớp vi tính (H.57) mới phát hiện được tổn thương. Sau đó một năm, tổn thương ở chôm xương đùi bên phải đã thấy rất rõ rệt (H.58). So sánh tổn thương bên trái giữa phim X-quang năm 2003 và 2004 của bệnh nhân này (sau đúng một năm) cho thấy tiến triển khá nhanh chóng của bệnh.

Trường hợp 27. (H.59; H.60)

1. Các xét nghiệm có giá trị chẩn đoán là:
 - a) Xét nghiệm tìm nấm ở da
 - d) Chụp X-quang khớp cùng chậu
 - e) Bilan viêm

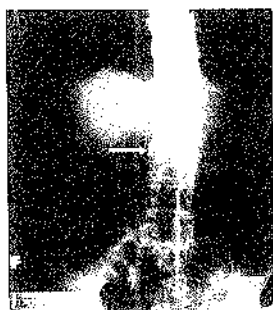
f) HLA-B27

g) Yếu tố dạng thấp - RF

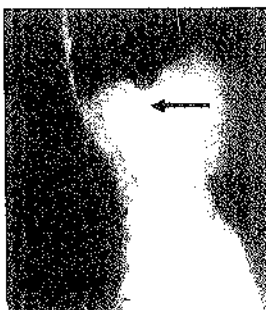
2. Chẩn đoán đúng là: e – thấp khớp vẩy nến

3. Không thể là gút cấp tính mặc dù các ngón chân có hình ảnh “ngón chân hình khúc dồi”. Cũng không thể là viêm khớp dạng thấp tuy có các tổn thương khớp nhỏ ở bàn tay đối xứng hai bên. Chẩn đoán đúng là viêm khớp vẩy nến: có thể nhìn thấy rất rõ các tổn thương vẩy nến ở da và móng tay bệnh nhân. Với tổn thương vẩy nến ở da, nên xét nghiệm nấm để loại trừ nấm da. Khi cạo phần vẩy trên da, sẽ thấy các hạt màu hồng nhỏ li ti xuất hiện (hình ảnh “giọt sương máu”) chứng tỏ tổn thương vẩy nến đã xâm nhập lớp trung bì. Ngoài ra, trong trường hợp, thường có hình ảnh viêm khớp cùng chậu hai bên và xét nghiệm HLA-B27 thường dương tính.

Trường hợp 28. (H.62; H.63; H.64; H.65)



H63



H64



H65

1. H.63: hình ảnh calci hóa dây chằng bên (hình ảnh cầu xương), tạo thành hình ảnh “cột sống hình cây tre” và calci hóa dây chằng liên gai (hình ảnh “đường ray tàu hỏa”). Khớp cùng chậu hai bên dính (viêm giai đoạn IV).

H.64: hình ảnh calci hóa dây chằng trước cột sống (thể đặc biệt: thể Romanus).

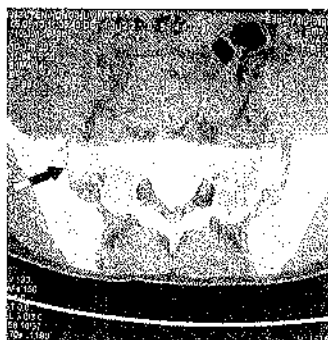
H.65: hình ảnh cầu xương ở cột sống cổ.

2. Chẩn đoán: viêm cột sống dính khớp giai đoạn muộn. Bệnh nhân xơ hóa cả dây chằng trước và bên. Ngoài tổn thương ở cột sống thắt lưng, có hình ảnh cầu xương cả ở cột sống cổ.

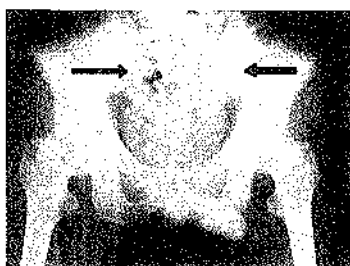
Trường hợp 29. (H.66; H.67; H.68; H.69)



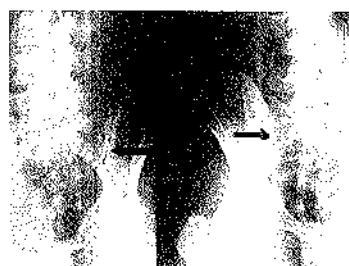
H66



H67



H68



H69

1. Hai xét nghiệm có giá trị chẩn đoán trong trường hợp này là:

- a) Chụp khớp cùng chậu 2 bên
- c) Xét nghiệm HLA-B27

Chẩn đoán đúng là c - Viêm khớp tự phát thiếu niên thể viêm cột sống dính khớp.

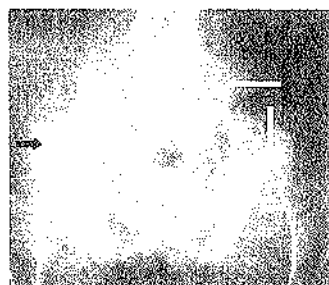
2. H.66: khe khớp cùng chậu hai bên không hẹp. Do bệnh nhân 15 tuổi nên khớp cùng chậu còn chưa cốt hóa hết, rất khó đánh giá. Tuy nhiên có thể thấy khe khớp cùng chậu nham nhỏ như hình răng cưa. Khớp háng hai bên không thấy tổn thương.

3. H.67: trên phim chụp cắt lớp vi tính thấy rõ hơn khớp cùng chậu phải hẹp, bờ nham nhỏ. Khớp cùng chậu trái trên lát cắt này không thấy tổn thương.

4. H.68; H.69: để phát hiện rõ tổn thương khớp cùng chậu, cần chụp ở tư thế chéo. So sánh: H.68: khớp cùng chậu ở tư thế thẳng. H.69: bộc lộ rõ khớp cùng chậu. Như vậy, chụp khớp cùng chậu đúng tư thế rất có giá trị chẩn đoán.

Trường hợp 30. (H.70)

1. H.70: chỏm xương đùi hai bên không còn nguyên vẹn và có tình trạng bán trật khớp rõ rệt ở bên phải. Các tổn thương như khe khớp hẹp nhẹ, có một số hình khuyết nhỏ tại ổ cối nham nhỏ, đặc xương dưới sụn cho thấy đây là tổn thương thoái hóa thứ phát, chứng tỏ một tổn thương cũ, tiến triển từ lâu. Khớp cùng chậu dính cả hai bên. Có thể thấy các dải xơ của dây chằng liên gai tại các đốt sống thắt lưng cuối cùng.



H70

2. Việc chẩn đoán và điều trị bệnh lao khớp háng cho bệnh nhân là một sai lầm. Về lâm sàng, lao khớp thường chỉ tổn thương

sử dụng và giảm vận động cột sống thắt lưng.

5. Về lâm sàng, đây là một bệnh nhân nam, trẻ tuổi với vết lồi

4. Chẩn đoán đúng là c - viêm cột sống dính khớp.

sống (cầu xương), một số tổn thương khác đặc trưng hình vuông.

X-quang này có hình ảnh xơ hóa dây chằng bên và trước cột

3. H.72: ngoài hình ảnh đã phân tích ở H.71 trên phim

2. Các xét nghiệm có giá trị chẩn đoán là c - HLA-B27.

trên phim X-quang này.

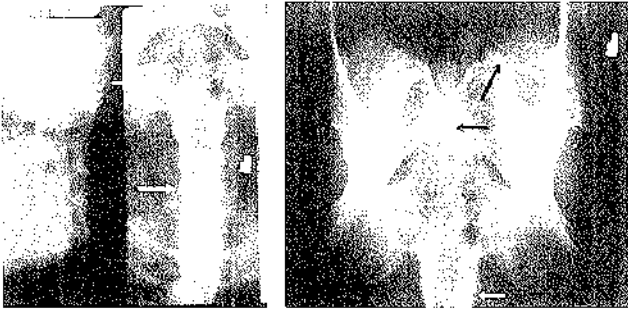
đoạn IV (đỉnh hoàn toàn). Hình ảnh cầu xương ở L5 rất rõ nét

ting với các điểm đau trên lâm sàng. Khớp cùng chậu viêm giai

1. H.71: hình ảnh viêm xơ ở khớp mu và các u ngói, trong

H72

H71



Trường hợp 31: (H.71; H.72)

khớp.

“đường ray”) có thể chẩn đoán bệnh nhân bị viêm cột sống dính

chàng liên gai tại các đốt sống thắt lưng cuối cùng (hình ảnh

điền hình của lao khớp. Dựa vào hình ảnh các dải xơ của dây

1 khớp. Ngoài ra, không có hình ảnh hủy xương hình sợi gương

H.71; H.72: cho thấy bệnh nhân có đầy đủ các tiêu chuẩn về hình ảnh X-quang của bệnh viêm cột sống dính khớp. Tại phim chụp cột sống thắt lưng có đốt sống hình vuông, một đặc điểm khác của tổn thương cột sống trong bệnh viêm cột sống dính khớp. Không thể là bệnh xơ hóa dây chằng Forestier vì hình ảnh cầu xương ở trường hợp này thanh mảnh, có viêm khớp cùng chậu kết hợp. Ngoài ra, tốc độ máu lắng cao là một bằng chứng của bệnh viêm cột sống dính khớp. Nếu có riêng phim X-quang H.71 cũng có thể chẩn đoán xác định vì đã có hình ảnh viêm khớp cùng chậu hai bên và cầu xương ở S1.

Trường hợp 32. (H.73)

1. H.73: các hình ảnh rõ rệt nhất lần lượt là: viêm khớp cùng chậu giai đoạn IV, hình ảnh đường ray, cầu xương (xơ hóa dây chằng bên của cột sống) và đốt sống hình vuông.

2. Xét nghiệm cần thiết nhất phải chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán phân biệt là **b** - bilan viêm.

3. Chẩn đoán đúng là: **c** - Viêm cột sống dính khớp.

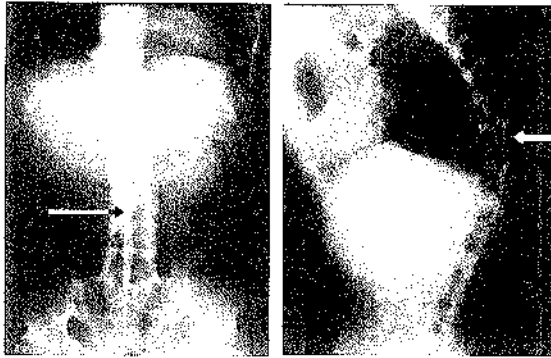
Trường hợp 33. (H.74)

1. Có 2 xét nghiệm cần chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán là:
d) Chụp phim X-quang khớp cùng chậu và khớp háng hai bên
f) HLA-B27

2. H.74: chẩn đoán đúng là: **b** - Viêm cột sống dính khớp.

3. Thuốc có chỉ định đặc biệt đối với bệnh nhân tại thời điểm này: **b** - Corticoid toàn thân và tiêm hậu nhãn cầu, do bệnh nhân có viêm màng mắt.

Trường hợp 34. (H.75; H.76)



H75

H76

1. Một xét nghiệm có giá trị chẩn đoán cao nhất là HLA-B27
2. Chẩn đoán đúng là c - Viêm cột sống dính khớp
3. Không nhất thiết phải chỉ định xét nghiệm HLA-B27 vì riêng lâm sàng và hình ảnh X-quang đã đủ chẩn đoán bệnh. Kiểu gù cong và không có hẹp khe đĩa đệm và hủy thân đốt sống là hình ảnh X-quang trong bệnh viêm đĩa đệm đốt sống do lao. Có thể thấy rõ các tổn thương điển hình của viêm cột sống dính khớp về hình ảnh X-quang: viêm khớp cùng chậu giai đoạn IV, hình ảnh đường ray và đốt sống hình vuông. Tuy ở bệnh nhân này không rõ hình ảnh cầu xương (xơ hóa dây chằng bên của cột sống) song các hình ảnh trên là đủ để chẩn đoán bệnh viêm cột sống dính khớp. Với tính chất đau kiểu cơ học, có thể thấy bệnh nhân đã ở giai đoạn di chứng.
4. Thuốc không có chỉ định ở bệnh nhân này là a – Salazopyrin, do bệnh nhân không tổn thương khớp ngoại biên. Salazopyrin không có tác dụng với viêm cột sống dính khớp thể cột sống.

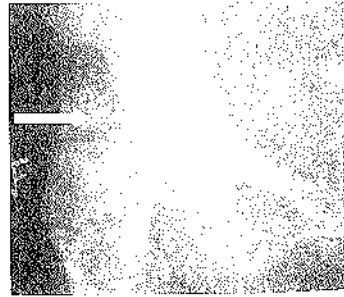
Trường hợp 35. (H.77)

1. Hình ảnh calci hóa lớn ngay phía trên mấu chuyển lớn.

2. Chẩn đoán đúng là e - viêm quanh khớp háng cấp tính do vi tinh thể apatit.

3. Ba thuốc có chỉ định trong điều trị là:

- a) Corticoid (tiêm tại vùng trên mấu chuyển lớn bên phải)
- c) Thuốc chống viêm không steroid
- d) Colchicin



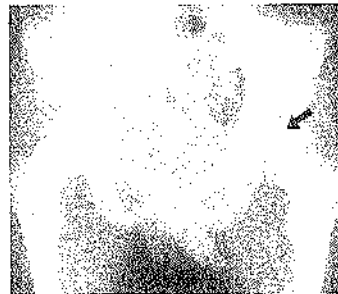
H77

Trường hợp 36. (H.78)

1. H.78: câu trả lời đúng là f - không cần bất cứ xét nghiệm nào

2. Chẩn đoán đúng là e - bệnh Legg-Perthes-Calvé

3. Có thể thấy rõ ràng các bằng chứng đặc biệt trên X-quang để loại trừ lao; khe khớp rộng ra, chỏm xương đùi dẹt, có các điểm lồi lõm làm đầu xương không đồng đều; phần ổ cối hoàn toàn bình thường. Cũng không thể là tổn thương khớp háng trong bệnh viêm cột sống dính khớp do hình ảnh X-quang tại khớp háng hai bên đều không có hình ảnh viêm khớp. Bệnh nhân này không có các triệu chứng thường gặp của bệnh viêm cột sống dính khớp là



H78

viêm khớp háng hai bên, kèm theo viêm khớp cùng chậu hai bên.

4. Các biện pháp điều trị thích hợp là:
 - a) Bất động kéo dài (có thể từ 18 tháng đến 4 năm)
 - c) Đi lại bằng nạng
 - d) Bó bột chống xoay
 - g) Bổ sung calci và vitamin D

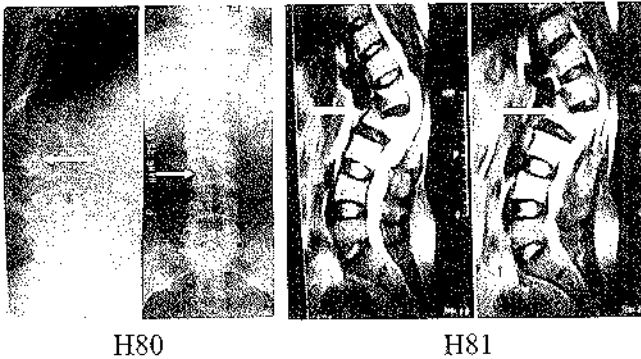
Trường hợp 37. (H.79)

1. H.79: chẩn đoán đúng là **b** - bệnh Legg - Perthes - Calvé (đi chứng)

2. Đây không phải là bệnh khớp viêm do khe khớp háng phải không bị hẹp, có thể thấy rõ ổ cối hoàn toàn bình thường. Mặc dù bệnh nhân có biểu hiện đau khớp gối, song đó chỉ là triệu chứng do tổn thương khớp háng. Trên phim X-quang khớp háng của bệnh nhân chỉ thấy tổn thương chỏm xương đùi, ổ cối vẫn nguyên vẹn. Chỏm xương đùi bị tiêu hoàn toàn chứng tỏ mức độ trầm trọng của bệnh. Ngoài ra, do chỏm xương đùi bị tiêu mà có hiện tượng trật khớp: xương đùi hoàn toàn nằm ngoài ổ cối. Khác với hoại tử vô khuẩn ở người lớn, tổn thương giải phẫu trong nhiều trường hợp bệnh Legg - Perthes - Calvé là một hoại tử vô khuẩn do thiếu máu cục bộ tại các hư điểm cốt hóa xảy ra ngay trong giai đoạn phát triển ở trẻ em mà nguyên nhân không rõ.

3. Chỉ định điều trị đúng là: **c** - Đi lại bằng nạng hoặc **d** - Thay khớp háng nhân tạo.

Trường hợp 38. (H.80; H.81)



1. H.80: cột sống thắt lưng trên phim thẳng có hình ảnh biến dạng L3 và L4. Đường như 2 thân đốt sống này bị xẹp, khe đĩa đệm biến mất. Tuy nhiên, trên phim nghiêng có thể thấy rõ chỉ có thân đốt sống L4 biến dạng, cong phần lõm hướng lên trên do góc thân đốt sống L3 “xuyên” vào giữa.

H.81: hình ảnh cộng hưởng từ cột sống thắt lưng của bệnh nhân, ngoài việc khẳng định các tổn thương trên phim X-quang quy ước còn cho thấy rõ phần tủy sống bị cắt ngang. Điều này giải thích nguyên nhân liệt hai chi dưới của bệnh nhân.

2. Nguyên nhân của tổn thương của bệnh nhân này là: a - Ép tủy ở bệnh nhân lún xẹp đốt sống cũ.

3. Hình ảnh kết đặc của phần tiếp giáp nhau giữa hai thân đốt sống, kèm theo gai xương của L4 cho thấy đây là tổn thương cũ, đã diễn biến lâu ngày. Có thể nói đó là hậu quả của cú ngã trước đó.

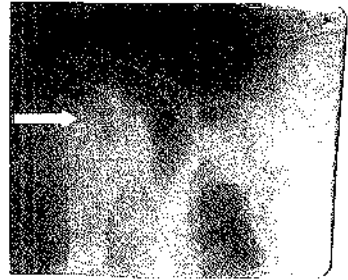
Do có ép tủy, bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật giải phóng

phần tủy bị chèn ép đồng thời có thể tạo hình lại cột sống.

Trường hợp 39. (H.82; H.83)

1. Xét nghiệm có ích nhất cần chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán: c - chọc hút làm tế bào học hoặc sinh thiết làm giải phẫu bệnh.

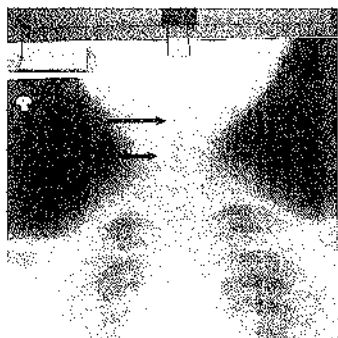
2. Chẩn đoán có thể là: c - sarcom đầu trên xương cánh tay phải.



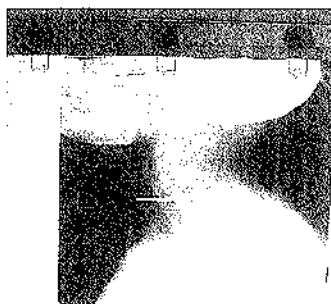
H83

3. Trên phim X-quang quy ước, khe khớp vai phải mất hoàn toàn, xương cánh tay bị đưa lên cao. Đầu xương cánh tay phải có hình ảnh mất chất khoáng lan tỏa, vỏ xương mỏng. Chòm xương này không còn hình ảnh giải phẫu bình thường do có nhiều đám hủy xương, chòm xương cánh tay không còn liên tục với thân xương. Do có tổn thương rõ rệt trên phim X-quang, nên chẩn đoán không thể là viêm quanh khớp vai. Tổn thương dường như chỉ tập trung ở phần xương cánh tay. Khám lâm sàng tại chỗ không nóng đỏ trong khi triệu chứng đau mới xuất hiện, do đó không thể là viêm do vi khuẩn. Mặc dù có một đám xuất huyết dưới da lan tỏa ở cánh tay và toàn bộ cẳng tay, song tổn thương trên phim X-quang không thể do chấn thương. Kết quả chọc hút bằng kim nhỏ ở bệnh nhân này đã cho thấy đây là một sarcom sụn (chondrosarcome).

Trường hợp 40. (H.84; H.85)



H84



H85

1. Chẩn đoán đúng là **b** - Dị dạng đốt sống bẩm sinh.
2. Trên phim thẳng, đường như ranh giới các đốt sống không rõ lắm. Trên phim nghiêng, thấy rõ đốt sống C5 – C6 dính thành một khối, tuy vẫn thấy dấu vết của đĩa đệm. Thiếu sản đĩa đệm là một trong các dị tật bẩm sinh hiếm gặp của đốt sống cổ.

Trường hợp 41. (H.86)

1. Xét nghiệm có ích nhất được chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán loại trừ lao cột sống là **c** - Chụp cộng hưởng từ hoặc cắt lớp vi tính cột sống thắt lưng.

2. Chẩn đoán đúng là **e** - Dị dạng đốt sống bẩm sinh.

3. Đây không phải là lao cột sống mặc dù đường như khe đĩa đệm hẹp. Không có hủy xương tại mâm đốt sống L3-L4, không có áp xe



H86

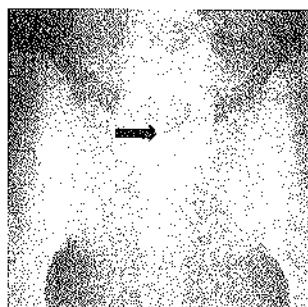
lạnh. Khe giữa L3-L4 chính là vết tích của đĩa đệm bị thiếu sán. Đây là một trong các dị tật bẩm sinh của cột sống. Không chụp cộng hưởng từ hoặc cắt lớp vi tính đoạn đĩa đệm tổn thương vẫn có thể xác định chẩn đoán vì chỉ cần hình ảnh X-quang quy ước là đủ.

Trường hợp 42. (H.87)

1. Xét nghiệm cận chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán phân biệt là c - bilan viêm.

2. H.87: Tổn thương trên phim X-quang là đúng là: b - gai đôi S1 (spina bifida).

3. Gai đôi S1 (spina bifida) là một loại dị tật bẩm sinh của đốt sống, do cung sau của các đốt sống không khép lại hoàn toàn. Thường gai đôi không phải nguyên nhân gây đau cột sống thắt lưng và không phải điều trị gì. Gai đôi chỉ có chỉ định điều trị khi là gai đôi hoàn toàn, gây thoát vị màng não tủy.



H87

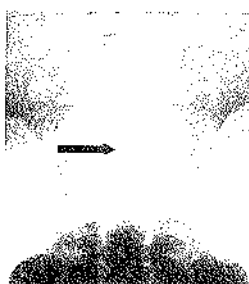
Trường hợp 43. (H.88; H.89; H.90)



H88



H89



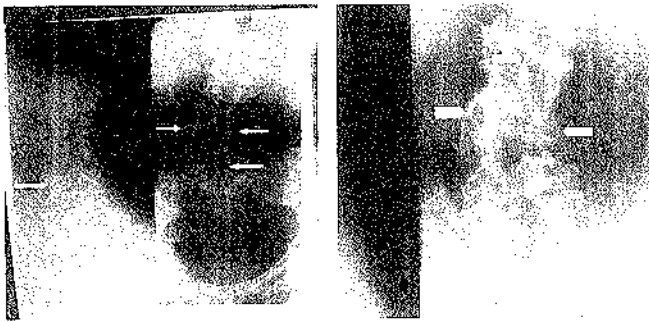
H90

Đó là các hình thái khác nhau của gai đôi (spina bifida) không hoàn toàn, tại nhiều đốt sống khác nhau.

Trường hợp 44. (H.91)

1. Xét nghiệm cần chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán phân biệt là b - bilan viêm
2. Chẩn đoán đúng là c - di chứng của trật khớp háng bẩm sinh

Trường hợp 45. (H.92; H.93)

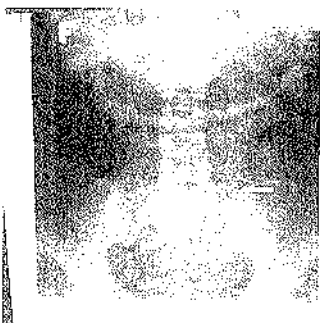


H92

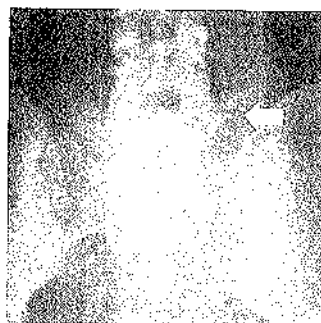
H93

Hình ảnh vẹo cột sống trên phim X-quang thẳng. Các đốt sống D11 - D12 không rõ ranh giới trên phim thẳng và trên phim nghiêng. L5 được thấy rõ là hình ảnh nửa đốt sống (a), các đốt sống trên cũng tương tự. Ngoài ra còn thấy gai đôi S1 (b). Đây là các dị tật bẩm sinh của đốt sống. Cứng cột sống bẩm sinh và tật nửa đốt sống hiếm gặp ở đoạn cột sống thắt lưng.

Trường hợp 46. (H.94; H.95)



H94



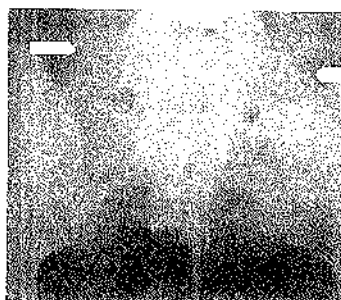
H95

1. H.94; H.95: kích thước của mỏm ngang L5 bên trái lớn một cách bất thường (a) so với bên phải. Chân của mỏm ngang này tiếp xúc với xương chấu, tạo thành khớp giả là một đường kết đặc (b).

2. Đó là các dị tật bẩm sinh, không cần can thiệp. Tuy nhiên bệnh nhân cần có các biện pháp bảo vệ cột sống thắt lưng (tránh các động tác ảnh hưởng đến cột sống thắt lưng, bơi...).

Trường hợp 47. (H.96)

1. H.96: dị tật quá phát mỏm ngang L5 phải (a). Bên trái là dị tật dính đốt sống thắt lưng cùng bán phần (Anomalie transitionnelle de la charnière lomlo - sarrée) (b).



H96

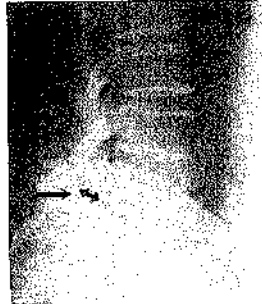
2. Dị tật dính đốt sống thắt lưng - cùng là một dị tật bẩm sinh được đặc trưng bởi sự có mặt của một đốt sống kép (ambigue), gồm đốt sống cùng thứ nhất và đốt sống thắt

lưng thứ 5. Đó chính là một đốt sống có 2 gai ngang phát triển quá mức bình thường và một bên đã tạo thành một khớp với gai đốt sống cùng sát đó. Bản thân tật này không gây đau, không có giá trị bệnh lý. Tuy nhiên, các người có dị tật này thường có thoái hóa đĩa đệm sớm. Đốt sống kèp này sẽ bị bất động, trọng lực sẽ dồn lên một đĩa đệm của đốt sống sát trên đó khiến đĩa đệm này bị quá tải về chức năng, dẫn đến thoái hóa sớm...

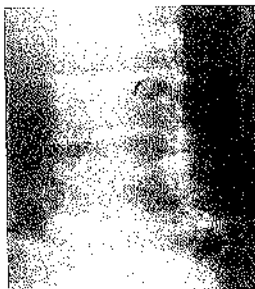
Trường hợp 48. (H.97; H.98; H.99; H.100)



H97



H98



H99



H100

1. H.97; H.98: xét nghiệm có giá trị nhất có thể xác định tổn thương là a - chụp cột sống thắt lưng chéo 3/4 phải và trái.

2. Chẩn đoán đúng là: đ – Trượt đốt sống ra trước

3. Trên phim X-quang cột sống thắt lưng nghiêng thấy đốt sống L5 trượt ra trước. Nguyên nhân thường do tiêu eo (isthm) bẩm sinh. Để xác định rõ tổn thương, có cần phương pháp chụp cột sống thắt lưng chéch 3/4 phải và trái. H.99 và H.100 cho thấy hình ảnh “gãy cổ chó” tương ứng với phần tiêu eo L5.

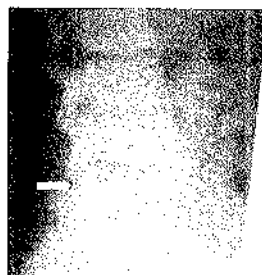
4. Ba thuốc hoặc biện pháp có chỉ định trong điều trị ở bệnh nhân này là:

- c) Thuốc chống viêm không steroid
- d) Thuốc giãn cơ (Myonal; Mydocalm...)
- f) Đeo thắt lưng cố định cột sống thắt lưng

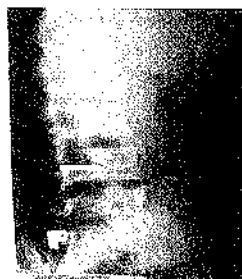
Trường hợp 49. (H.101; H.102; H.103; H.104)



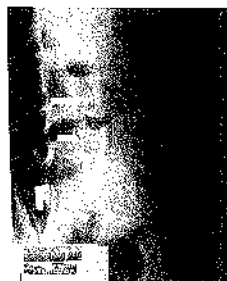
H101



H102



H103



H104

1. H.101: trên phim X-quang cột sống thắt lưng thẳng: có hình ảnh gai đôi S1.

H.102: phim X-quang nghiêng nghi ngờ có gãy eo đốt sống L5 mặc dù không thấy trượt đốt sống.

H.103; H.104: chụp cột sống thắt lưng chếch 3/4 phải và trái không thấy di lệch điển hình của “gãy cổ chó” mà chỉ thấy hình ảnh khuyết eo.

2. Điều mà các bệnh nhân đau cột sống thắt lưng nên thực hiện là: b - bơi.

Trường hợp 50. (H.105; H.106)

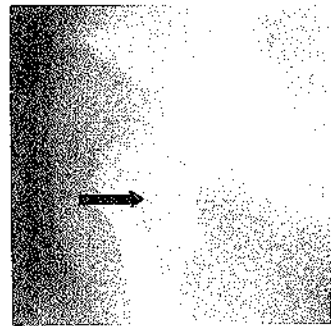
1. Có 2 xét nghiệm cần chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán phân biệt là:

- b) Bilan viêm
- c) Siêu âm khớp háng
- d) X-quang khớp háng thẳng nghiêng

2. H.105: có 2 khả năng có thể nhất là:

- b) Kén xương (kyste essentiel)
- c) U máu (kyste aneurismal)

3. Vùng liên mấu chuyển có một hốc sáng, trong hốc gồm nhiều vách, ranh giới rõ; không xâm lấn phần mềm, vỏ xương không bị tổn thương. Đó là các bằng chứng gợi ý một trong u xương lành tính. Hình ảnh này xuất hiện ở đầu trên xương đùi, ở một trẻ dưới 16 tuổi, gợi ý chẩn đoán kén xương (kyste essentiel)



H105

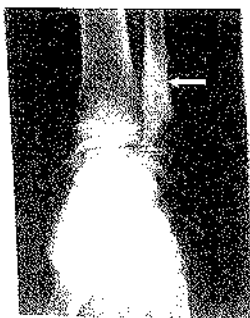
hoặc u máu (kyste aneurismal) trong xương. Có thể nói u tế bào khổng lồ không gặp ở trẻ em.

4. Biện pháp có chỉ định trong điều trị bệnh nhân này là **b** – phẫu thuật lấy bỏ tổn thương và chống gãy xương (nhồi xương hoặc cố định bằng đinh). Do tổn thương là hốc lớn, do đó cần tránh nguy cơ gãy cổ xương đùi. Có thể dùng đinh cố định, sau 6 tháng kiểm tra lại (H.106), nếu hốc xương được lấp đầy, có thể rút đinh ra. Nếu không có hiệu quả, sẽ lấy xương tại cánh chậu hoặc xương nhân tạo nhồi vào kén.

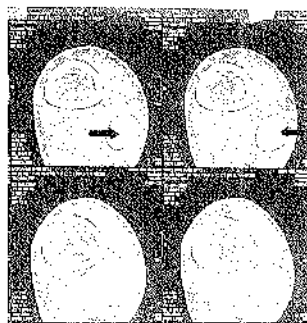


H106

Trường hợp 51. (H.107; H.108)



H107



H108

1. H.107: xét nghiệm có giá trị chẩn đoán tổn thương là **a** – chụp cắt lớp vì tính 1/3 dưới cẳng chân

2. H.108: chẩn đoán đúng là: **b** - u dạng xương (ostéome)

osteoid)

3. Tại đầu dưới xương chày phải có một vùng vỏ xương dày đặc khiến ống tủy hẹp lại. Ngay phía dưới vùng này có một hốc hình tròn sáng chứa một nhân tròn đặc (a); được gọi là “tổ chim” (nidus), ranh giới rõ (b) (H.107).

Trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính cho thấy hình hốc ở phần vỏ xương (H.108).

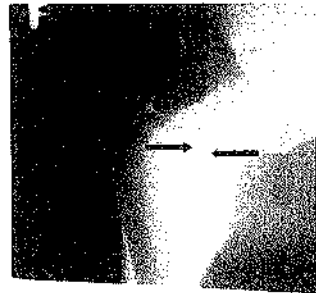
4. Bệnh nhân có thể giảm đau hoàn toàn hoặc giảm đau nhiều khi dùng aspirin hoặc thuốc chống viêm không steroid. Đây được coi là một test quan trọng để chẩn đoán.

5. Đây là một loại u xương lạnh tính. Phẫu thuật lấy bỏ tổn thương (mổ mở hoặc khoan hút dưới màn tầng sáng) có thể khỏi hoàn toàn. Bệnh nhân này đã được hết đau ngay sau khi nạo vét tổn thương bằng phương pháp khoan hút dưới màn tầng sáng.

Trường hợp 52. (H.109)

1. H.109: tại đầu trên xương đùi phải có nhân tròn đặc (a); được gọi là “tổ chim” (nidus) nằm ở trung tâm một hình tròn sáng có chu vi là một đường viền đặc, ranh giới rõ.

2. Chẩn đoán đúng là e - u dạng xương (ostéome osteoid)



H109

Trường hợp 53. (H.110)

1. Có 2 xét nghiệm cần chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán phân biệt là:

- b) Bilan viêm
- d) Bilan phospho-calcium

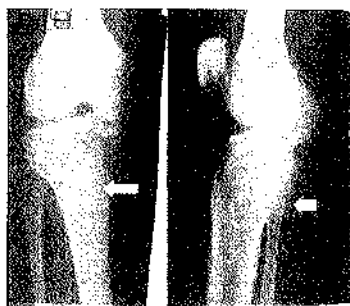
2. Chẩn đoán đúng là b - U xương-sụn lành tính (Exostose).

3. H.110: Vị trí khối u ở hành xương (gần gối, xa khuỷu). Hình ảnh khối u gọn, bờ nét, ranh giới rõ; không phá hủy vỏ xương, do đó không thể là u xương ác tính. Kết hợp với triệu chứng lâm sàng, một khối cứng tiến triển từ lâu mà không ảnh hưởng tới toàn trạng, chẩn đoán đúng là u sụn lành tính, còn có tên gọi là chồi xương-exostose. Tổn thương này có thể xác định rõ trên X-quang các xét nghiệm nêu trên nhằm đánh giá tình trạng ác tính hóa. Nếu nghi ngờ ác tính cần chụp CT.

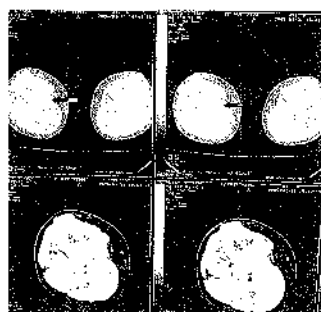


H110

Trường hợp 54. (H.111; H.112)



H111



H112

1. H.111; H.112: chẩn đoán đúng là: c - u xương - sụn lành

tính - exostose.

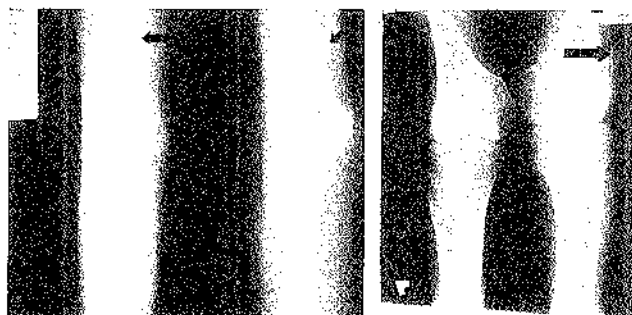
2. H.111: trên phim thẳng H.111 thấy hình ảnh mất chất khoáng khu trú như một kén xương ở đầu trên xương chày phải. Vùng tương ứng trên phim nghiêng có dạng một khối u xương, bờ rõ nét. Kết hợp với lâm sàng, có nhiều khả năng đây là một u sụn lành tính (exostose) do tổn thương có ranh giới rõ.

Do có tổn thương dạng hốc trên phim X-quang thẳng, cần làm một bilan viêm và bilan phospho – calci để loại trừ các tổn thương có hủy xương hoặc ác tính. Chụp cắt lớp vi tính cũng là một lựa chọn.

Trên phim cắt lớp vi tính (H.112) của bệnh nhân này cho thấy rõ ràng tại đầu trên xương chày có một khối u xương có ranh giới rất rõ, màng xương hoàn toàn bình thường, có hình ảnh giống như một “chồi cây”. Điều này khẳng định chẩn đoán u sụn lành tính (exostose).

3. Bệnh nhân này không cần điều trị gì. Triệu chứng đau không gây nên bởi tổn thương exostose.

Trường hợp 55. (H.113; H.114)



H113

H114

1. H.113; H.114: các tổn thương nêu trên là: **b** - u xương - sụn lành tính (exostose).

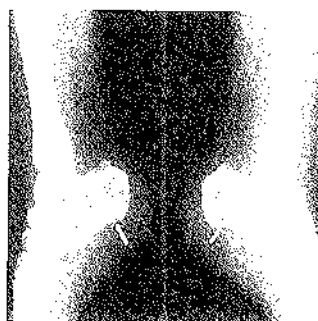
2. H.113; H.114: tại đầu dưới xương đùi và đầu trên xương chày có các chồi xương gọn, bờ nét, ranh giới rõ; không phá hủy vỏ xương. Sẽ có các hình ảnh tổn thương tương tự ở các nơi bệnh nhân sờ thấy u cục. Đây là u sụn lành tính (chồi xương - exostose) xuất hiện ở nhiều nơi, được gọi là bệnh chồi xương lan tỏa (maladie exostosante diffuse).

Trường hợp 56. (H.115)

1. Nhằm mục đích chẩn đoán xác định thì không cần bất cứ xét nghiệm gì.

2. Chẩn đoán đúng là: **b** - viêm gân gan chân.

H.115: tại xương gót hai bên, vùng bám tận của gân gan chân có hình ảnh “chồi xương”. Đây chính là hình ảnh tân tạo xương do viêm điểm bám tận của gân. Tổn thương này cũng là một trong các triệu chứng thường gặp trong bệnh viêm cột sống dính khớp, song trường hợp này không có các triệu chứng khác của bệnh đó. Triệu chứng này cũng gặp ở người nhiều tuổi trong bệnh cảnh viêm gân mà đôi khi hình ảnh X-quang không có các “gai xương”. Trường hợp sau này, dường như sự dư thừa trọng lượng là yếu tố thuận lợi của bệnh, khiến bệnh xuất hiện sớm hơn. Có thể chỉ định siêu âm cân gân chân để đánh giá tình trạng viêm



H115

3. Thuốc có chỉ định trong điều trị bệnh nhân này là:

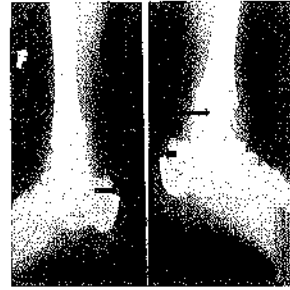
- a) Tiêm corticoid tại vùng điểm đau trên gan chân
- d) Thuốc chống viêm không steroid

Trường hợp 57. (H.116)

1. H.116: xét nghiệm được lựa chọn hàng đầu nhằm mục đích chẩn đoán xác định là:

b - Siêu âm phần mềm khớp cổ chân

2. Chẩn đoán đúng là: a - Viêm gân Achille



H116

3. H.116: khớp cổ chân bình thường. Tại vị trí gân Achille hai bên có calci hóa phần bám tận của gân ở xương gót. Đây chính là calci hóa gân Achille, thường do vi tinh thể apatit. Triệu chứng lâm sàng thường là viêm cấp tính (giả gút).

Trường hợp 58. (H.117)

1. H.117: nhằm mục đích chẩn đoán xác định: f - Không cần bất cứ xét nghiệm nào.

2. Chẩn đoán đúng là: e - Kén màng hoạt dịch (Kyste synoviale).

3. Các thuốc hoặc biện pháp có chỉ định trong điều trị và tránh tái phát ở bệnh nhân này là:

- a) Tiêm corticoid tại tổn thương
- b) Thuốc chống viêm không steroid
- c) Tránh các động tác gấp cổ tay quá mức
- d) Phẫu thuật: khi các biện pháp điều trị nội khoa không kết quả

Trường hợp 59. (H.118; H.119)

1. H.118: có 3 xét nghiệm được chỉ định nhằm mục đích xác định tổn thương

- b) Siêu âm phần mềm khớp gối: thường được chỉ định
- d) Chụp khớp gối cản quang: hiện ít được chỉ định
- e) Chọc hút tổn thương

2. H.119: là hình ảnh siêu âm khoeo chân, có thể thấy hình ảnh trống âm của kén và đường thông với ổ khớp. Dịch chọc hút từ tổn thương sẽ là: **b** - dịch khớp.

3. Tổn thương ở khoeo chân là: **d** - kén màng hoạt dịch (kyste synoviale) ở khoeo chân, còn gọi là kén Baker.

4. Các thuốc hoặc biện pháp có chỉ định trong điều trị bệnh nhân này là:

- a) Tiêm corticoid tại khớp gối: lưu ý tiêm tại khớp gối sau khi chọc hút kén khoeo lấy hết dịch.
- b) Chọc hút kén khoeo
- c) Thuốc chống viêm không steroid
- e) Băng ép khoeo chân
- g) Phẫu thuật: khi các biện pháp điều trị nội khoa không kết quả
- h) Điều trị bệnh lý khớp kết hợp: thường là thoái hóa khớp hoặc viêm khớp dạng thấp

Trường hợp 60. (H.120; H.121; H.122; H.123; H.124)



H122

H123

H124

1. H.120; H.121: nếu chỉ được chọn một xét nghiệm duy nhất nhằm mục đích chẩn đoán xác định thì đó là a - chụp phim X-quang quy ước khớp gối hai bên.

2. H.122: hình ảnh tổn thương trên phim X-quang là: b - Cấu trúc của lõi củ xương chày trước chưa cốt hóa hoàn toàn.

3. Trên H.122: cấu trúc của lõi củ xương chày trước không đều. Có thể thấy rõ sự có mặt của một số đảo xương riêng biệt ở ngay sát lõi củ xương chày. Chính sự có mặt của các mảnh xương nhỏ tại lõi củ xương chày đã khiến một số người tưởng nhầm màng xương bị bong ra.

H.123 và H.124 là các hình ảnh của một số trẻ em khác với các dạng khác nhau của tổn thương. Đây là nguyên nhân khiến nhiều trẻ em bị chẩn đoán nhầm là ung thư xương chày.

Chẩn đoán xác định: bệnh Osgood – Schlatter. Đây là một trong số các bệnh hư điểm cốt hóa thể khu trú, có tổn thương ở lõi củ trước xương chày.

4. Các thuốc hoặc biện pháp có chỉ định trong điều trị bệnh nhân này là:

- a) Tiêm corticoid tại tổn thương

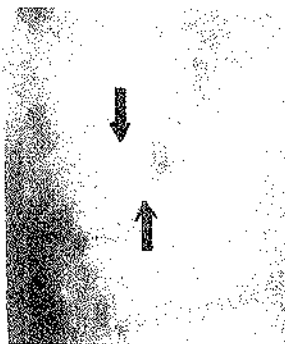
- b) Bổ sung calci – vitamin D
- d) Dùng máng bột cố định: nếu bệnh nhi đau nhiều
- f) Phẫu thuật nạo vét tổn thương nếu điều trị nội thất bại
- g) Thuốc chống viêm không steroid
- h) Giảm vận động các động tác như chạy, nhảy, đá bóng

Trường hợp 61. (H.125; H.126; H.217)

1. Các xét nghiệm cần chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán là:
 - b) Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng: trong trường hợp xác định tổn thương đĩa đệm và phần tủy
 - d) Bilan phospho – calci: chỉ định trong trường hợp có lún xẹp đốt sống, nhằm xác định nguyên nhân
 - e) Bilan viêm: nhằm xác định nguyên nhân



H125



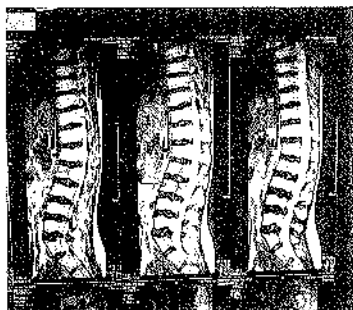
H126

2. H.125; H.126: chẩn đoán là: đ – bệnh Scheuermann
3. Trên phim X-quang thẳng và nghiêng (H.125; H.126) thấy có nhiều đốt sống bị xẹp: D9, 19, 11 và rõ nhất là các đốt sống thắt lưng L2, L3, L4 (a). Trên phim nghiêng, có hình ảnh thoát

vị vào thân đốt sống còn gọi là các hạt Schmorl (b), tăng đường kính trước sau của đốt sống (dấu hiệu Knutsson) (c). Hai triệu chứng này xuất hiện trên khá nhiều đốt sống. Ngoài ra, còn thấy hình ảnh đĩa đệm không đều (d).

Hình ảnh phim X-quang khớp cùng chậu bình thường và bilan viêm âm tính. Ngoài ra không thấy các triệu chứng viêm khớp thường gặp của viêm cột sống dính khớp, do đó có thể loại trừ chẩn đoán này. Mặc dù có nhiều đốt sống xẹp, song mật độ đốt sống không giảm. Sự có mặt của các thoát vị vào thân đốt sống chứng tỏ tổn thương chủ yếu ở phần sụn đĩa đệm.

H.127: cho thấy rõ hơn các tổn thương trên với nhiều đốt sống bị xẹp (a), các hạt Schmorl (b), (dấu hiệu Knutsson) (c) và các đĩa đệm có mật độ không đều.



H127

Các triệu chứng lâm sàng và phim X-quang gợi ý bệnh tổn thương

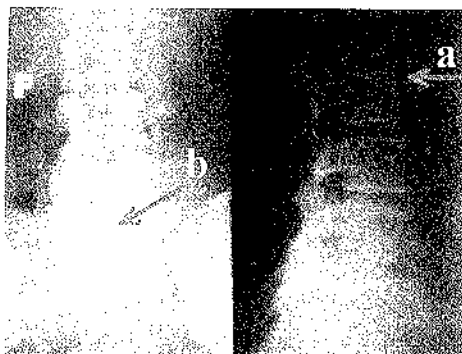
loại sản đầu xương đốt sống ở giai đoạn phát triển (còn gọi là bệnh Scheuermann).

Đây là một trong các bệnh thuộc nhóm loạn sản xương ở giai đoạn phát triển, còn có tên gọi là bệnh gù kèm đau ở thanh niên, bệnh xương sụn phát triển. Nguyên nhân của bệnh là do bất thường các mảng sụn nằm ở hai mặt trên và dưới của đốt sống. Các bất thường này dẫn đến sự rối loạn phát triển của đốt sống ở cao (các mâm đốt sống không đều, biến dạng hình chêm); các mảng sụn dễ bị vỡ (có các mảnh đĩa đệm lún vào thân các đốt

sống – các hạt Schmorl hoặc thoát vị ở rìa); hư biến đĩa đệm (biến đổi cấu trúc và độ bền). Việc điều trị chủ yếu là giảm tải cho cột sống, vật lý trị liệu, bơi, có thể phải đeo thắt lưng để chỉnh hình cho các đợt calci, vitamin D xen kẽ.

Trường hợp 62. (H.128; H.129)

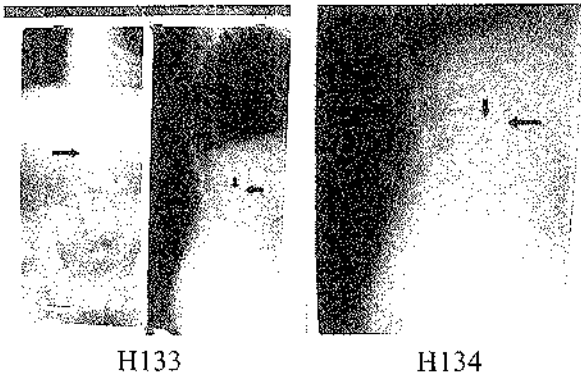
1. H.128; H.129: chẩn đoán đúng là a - di chứng của bệnh Scheuermann.



H129

2. H.129: hình ảnh một mẫu xương dường như tách khỏi mặt trên của đốt L2, không phải “gai xương” thường gặp trong thoái hóa cột sống. Đây cũng không phải là di chứng sau chấn thương cột sống. Đây là một trong các di chứng gặp các bệnh thuộc nhóm loạn sản xương ở giai đoạn phát triển thể nhẹ (bệnh Scheuermann). Ngoài ra có thể thấy có hình ảnh quá phát mòm ngang L5 bên trái - một bất thường bẩm sinh của cột sống.

Trường hợp 63. (H. 130; H.131; H.132; H.133; H.134; H.135)



1. H.133; H.134; H.135: chẩn đoán đúng là: b – Loãng xương trẻ em.

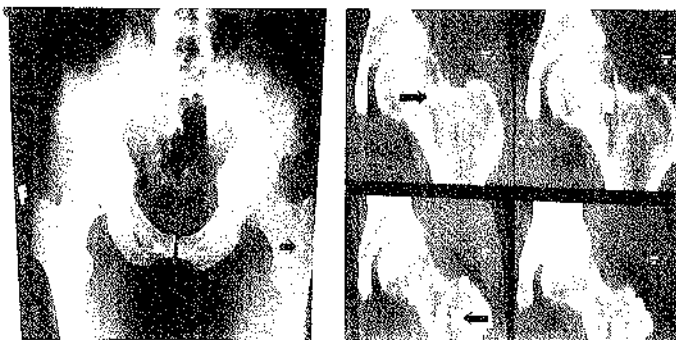
2. Dựa trên lâm sàng, các xét nghiệm cần chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán nguyên nhân là:

- d) Bilan phospho-calcii
- e) Bilan viêm

3. Hình ảnh biến dạng lồng ngực, rối loạn đường cong sinh lý cột sống thấy rõ trên lâm sàng và phim X-quang. Trên phim X-quang có hình ảnh các đốt sống tăng thấu quang một cách rõ rệt (đốt sống trong như thủy tinh); nhiều đốt sống bị lún xẹp.

Có đốt hình chêm, có đốt lõm cả 2 mặt (đốt sống hình thấu kính). Đường viền chu vi đốt sống rõ nét. (Hình ảnh “viền tang”). Khe đĩa đệm không hẹp, không nham nhở. Các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng về nội tiết hoàn toàn bình thường; bilan phospho-calcii và bilan viêm âm tính không có các bằng chứng để phát hiện nguyên nhân. Mặc dù hiếm gặp, song chẩn đoán đúng của trường hợp này là loãng xương trẻ em.

Trường hợp 64. (H.136; H.137)



H136

H137

1. Xét nghiệm được chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán là e - Chi cần bilan viêm và bilan phospho-calcii.

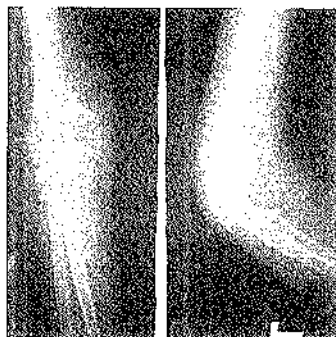
2. H.136: hình ảnh X-quang khớp háng phải và xương đùi phải (bên đau của bệnh nhân) bình thường. Ngược lại, vùng cổ xương đùi trái có một số nốt kết đặc có kích thước vài mm, ranh giới rõ, vùng xương còn lại hoàn toàn bình thường. Hình ảnh di chứng của các “nhồi máu xương”. Khi thấy các hình ảnh này, không cần làm thêm bất kỳ xét nghiệm nào khác.

H.137: Bệnh nhân được chụp CT song rõ ràng đây là một chỉ định vô ích, chỉ khẳng định lại các triệu chứng đã thấy rõ trên phim X-quang thường quy.

Trường hợp 65. (H.138; H.139)

1. Chẩn đoán đúng là: e - u tế bào khổng lồ

2. H.138; H.139: toàn bộ đầu dưới xương cánh tay là một hốc sáng lớn, ranh giới rõ, trong đó có



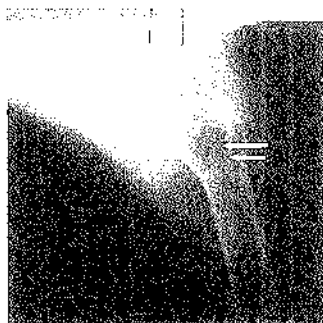
H139

rất nhiều vách mỏng, trông như tổ ong. Trên phim nghiêng, có cảm giác màng xương bị bong ra, song trên phim thẳng thấy rõ màng xương còn nguyên vẹn mặc dù khối u khá lớn. Đây là một dạng u xương lành tính (mặc dù có một tỷ lệ thấp u chuyển thành ác tính). Khối u đã tồn tại từ nhiều trước, chứng tỏ tính chất lành tính của u.

Trường hợp 66. (H.140; H.141)



H140



H141

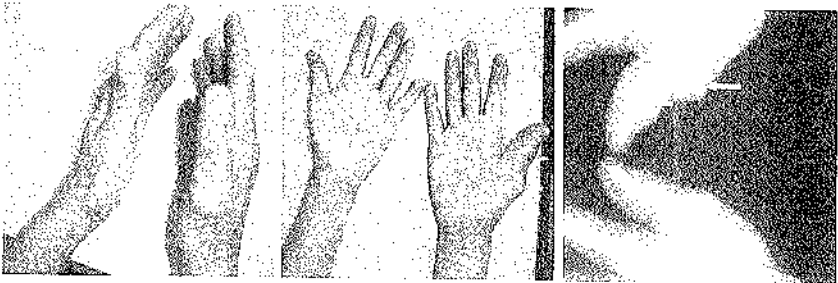
1. H.140; H.141: chẩn đoán tổn thương của bệnh nhân: f – cả a và d đều đúng.

2. Tại mấu chuyển, nơi bám tận của gân trên gai có điểm calci hóa (a). Ngoài ra toàn bộ đầu trên chỏm xương cánh tay là một hốc sáng lớn, ranh giới rõ, trong đó có rất nhiều vách mỏng, trông như tổ ong, màng xương còn nguyên vẹn (b).

Như vậy, bệnh nhân này có hai tổn thương kết hợp: hình ảnh calci hóa kèm theo các triệu chứng lâm sàng là bằng chứng của viêm quanh khớp vai thể cấp tính, giải thích triệu chứng đau cấp tính của bệnh nhân. Các tổn thương tại đầu trên xương cánh tay là hình ảnh của u tế bào khổng lồ. Đây là u tổ chức liên kết,

thuộc nhóm u xương lành tính. U thường gặp ở các thanh niên, chủ yếu là nữ. Vị trí tổn thương ở đầu xương dài với biểu hiện lâm sàng là đau và sưng. Tiên lượng nói chung lành tính, tuy có thể ác tính hóa.

Trường hợp 67. (H.142; H.143; H.144)



H142

H143

H144

1. H.142; H.143; H.144: với mục đích chẩn đoán, câu trả lời là: **a**- không cần thêm bất cứ xét nghiệm gì.

2. Chẩn đoán đúng là: **d** - U xương lành tính (exostose)

Trường hợp 68. (H.145; H.146; H.147)

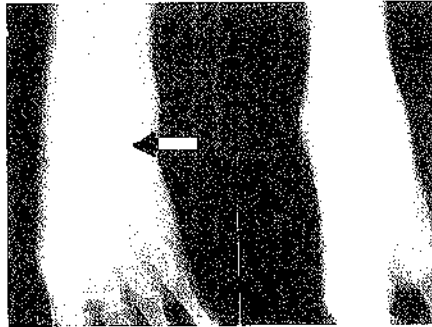
1. H.145; H.146; H.147: các xét nghiệm cần chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán là:

c) Chọc hút dịch khớp làm xét nghiệm (tế bào học, soi, nuôi cấy tìm vi khuẩn, PCR với vi khuẩn lao)

e) Bilan viêm

g) Bilan lao (BK đờm, phim X-quang tim phổi, mantoux...)

2. Chẩn đoán đúng là: **d** - Lao khớp cổ tay



H146

3. Trên phim X-quang (H.146; H.147): khe khớp hẹp, mất ranh giới giữa các xương thuộc khối xương cổ tay và khe khớp cổ tay - quay, cổ tay - trụ và cả phần tiếp giáp với các xương bàn ngón. Khối xương cổ tay phải có hình ảnh hủy xương, đặc biệt rõ ở xương nguyệt. Tuy đầu dưới xương quay và xương trụ không thấy hình ảnh hủy xương, song khe khớp hẹp toàn bộ cho thấy đây là hình ảnh viêm khớp cổ tay.

Chẩn đoán lao khớp có vẻ hợp lý với bệnh cảnh viêm khớp không nóng đỏ trên lâm sàng, tình trạng phổi và tình trạng toàn thân, hình ảnh hủy khớp trên X-quang.

Trên thực tế, bệnh nhân này đã được chọc hút dịch khớp và làm bilan lao, kết quả là lao khớp cổ tay.

Trường hợp 69. (H.148; H.149)

1. H.148; H.149: chẩn đoán đúng là a - viêm khớp cổ chân phải do vi khuẩn.

2. Hình ảnh khe khớp cổ chân hẹp, hủy xương về 2 phía rõ rệt. Viêm khớp xuất hiện sau nhiễm khuẩn ở da gợi ý vi khuẩn có

thể là tụt cầu. Dựa trên triệu chứng lâm sàng về tình trạng ăn uống và thể trạng, có thể bệnh nhân mắc bệnh tiểu đường. Đây cũng là một điều kiện thuận lợi của viêm khớp do vi khuẩn.

Trên thực tế, xét nghiệm cấp trong đêm cho thấy bệnh nhân có glucose máu là 18 mmol/l. Các xét nghiệm dịch khớp về tế bào học có tế bào mũ, cho thấy đó là một viêm khớp cổ chân. Khi cấy dịch khớp cổ chân phải không phân lập được vi khuẩn, song với trị liệu kháng sinh nhạy với tụ cầu (oxacillin bristopens và Amikaen) bệnh nhân đáp ứng tốt.

Trường hợp 70. (H.150; H.151; H.152)

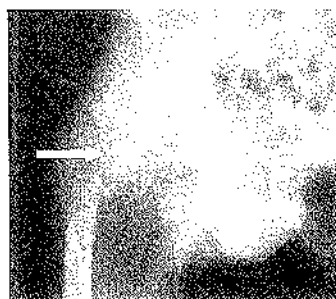
1. H.150; H.151; H.152: chẩn đoán đúng là: **d** - Sarcom đầu trên xương đùi phải.

2. Xét nghiệm có giá trị chẩn đoán xác định là **f** – chọc hút tổn thương xét nghiệm tế bào học.

Trường hợp 71. (H.153; H.154)

1. H.153; H.154: chấn thương chỉ là yếu tố thuận lợi gây gãy 1/3 đầu trên xương đùi phải. Đây chính là gãy xương bệnh lý vì va chạm rất nhẹ cũng có thể gây gãy xương. Hình ảnh tiêu xương rõ rệt trên phim X-quang cho thấy gãy xương này có thể xảy ra thậm chí khi không có va chạm.

Hình ảnh tiêu xương kèm theo thâm nhiễm phần mềm 1/3 đầu trên xương đùi là hình ảnh gợi ý một sarcom xương.



H154

2. Phương pháp xác định chẩn đoán đơn giản nhất là chọc hút bằng kim nhỏ tại vùng tổn thương để lấy bệnh phẩm làm tế bào học. Xét nghiệm các bilan về ung thư (bilan calci-phospho; siêu âm ổ bụng, scintigraphie xương, tìm các vị trí di căn...). Trên thực tế bệnh nhân này, sau khi chọc hút tổn thương, chẩn đoán xác định là sarcom xương.

Trường hợp 72. (H.155; H.156)

1. H.155; H.156: chẩn đoán đúng là: e - sarcom đầu trên xương mác phải.

2. Về lâm sàng, mặc dù phần trên cẳng chân phải sưng nhẹ, hơi nóng và ấn đau song không rõ hội chứng nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc toàn thân. Bệnh nhân cũng không có tiền sử ho khạc đờm hoặc tiền sử nhiễm lao. Hình ảnh X-quang cho thấy tổn thương hủy xương tại đầu trên xương mác phải, màng xương mất liên tục, xâm nhiễm cả phần mềm đó là hình ảnh gợi ý một sarcom xương. Trên thực tế bệnh nhân này sau khi chọc hút tổn thương, được chẩn đoán xác định là sarcom xương mác phải.

Trường hợp 73. (H.157; H.158; H.159; H.160; H.161)

1. H.157: xét nghiệm có giá trị nhất trong xác định tổn thương nghi ngờ là a - chụp cắt lớp vi tính khung chậu.

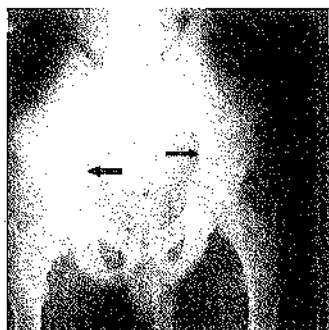
2. Chẩn đoán đúng là e - sarcom xương chậu

3. Không có những bằng chứng của viêm cột sống dính khớp: tình trạng đau chủ yếu bên phải, kèm theo khối sưng ở mông phải không phải là triệu chứng lâm sàng của viêm cột sống dính khớp. Hình ảnh khớp cùng chậu hai bên bình thường trên X-quang là

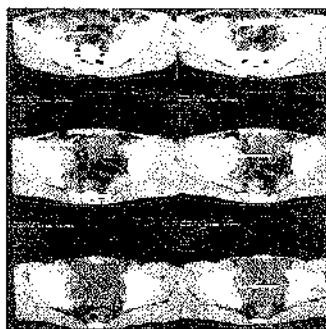
một yếu tố góp phần loại trừ chẩn đoán. Ngoài ra, trên phim này đã có thể thấy bờ trong xương chậu bên phải có hình ảnh phá hủy xương tại vùng này. Kèm theo có tổn thương hình vỏ chấy (hình gai màng xương thẳng góc với trục lớn của màng xương). U đã xâm lấn vào khung chậu. Các tổn thương này gợi ý một sarcom xương.

Để khẳng định chẩn đoán, nên chụp cắt lớp vi tính vì đây là phương pháp chẩn đoán hình ảnh tốt nhất để nhìn rõ các tổn thương xương. H.158 là hình ảnh chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang: phát hiện thấy khối u 3 x 3 cm nằm sát bờ trong xương cánh chậu phải, đẩy lùi cơ thắt lưng ra phía trước, đẩy bàng quang lệch sang trái. Có phản ứng đặc xương của bờ trong xương chậu.

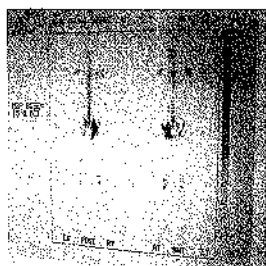
Để khẳng định bản chất của tổn thương, cần chọc hút sinh thiết lấy bệnh phẩm để xét nghiệm giải phẫu. Ngoài ra, chụp xạ hình xương (scintigraphy) cũng đem lại các thông tin cần thiết: xác định được bản chất tổn thương là viêm hoặc không và xác định tình trạng di căn xương. H.159; H.160; H.161 là kết quả chụp xạ hình xương (scintigraphy) cho thấy hình ảnh tăng hoạt tính phóng xạ cả 3 pha tại vùng tổn thương. Tại các vị trí (vai, khuỷu...) là sự tăng phóng xạ sinh lý, không thấy các tổn thương ở vị trí khác.



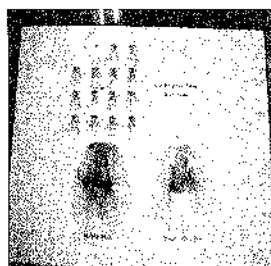
H157



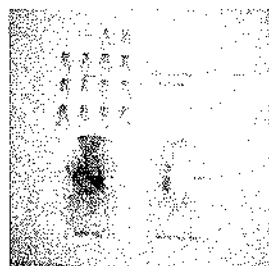
H158



H159



H160



H161

Trường hợp 74. (H.162)

1. H.162: chẩn đoán đúng là a - sarcom đầu trên xương đùi trái.

2. Có thể thấy rõ hình ảnh hủy xương, mất màng xương ở phía trong xương đùi trái. Về bệnh cảnh lâm sàng, không có các triệu chứng khác của lao khớp tuy rằng viêm khớp do lao cũng thường chỉ tổn thương một khớp.



H162

Tràn dịch khớp ở trường hợp này là do phản ứng. Triệu chứng về X-quang ở giai đoạn sớm của lao khớp thường là hẹp khe khớp, bờ khớp

không đều, các hình khuyết ở đầu xương dưới sụn về 2 phía của khớp. Giai đoạn muộn hơn sẽ có hình ảnh hủy xương ở phía đầu xương dưới sụn ở cả hai xương (đầu trên và đầu dưới). Cốt tủy viêm ở giai đoạn sớm, có thể là mất chất khoáng nhẹ ở hành xương, bờ không rõ. Trong trường hợp viêm mạn tính lâu ngày, thường có hình mờ không đều ở đoạn xương tổn thương với một hoặc nhiều vùng khuyết sáng, có thể chứa đựng các mảnh xương chết.

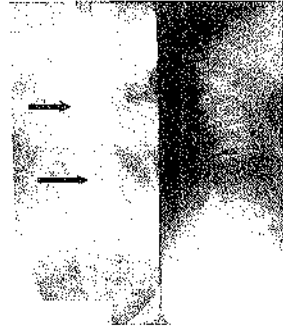
Trường hợp 75. (H.163; H.164)

1. H.163; H.164: tổn thương da trong trường hợp này là c - do thuốc.

2. Tổn thương da này chính là vết rạn da. Tùy theo vị trí mà có các thể dự đoán các nguyên nhân khác nhau: nếu ở bụng, đùi thường gặp ở phụ nữ liên quan đến sinh nở; các vết rạn da thường không có màu đỏ như trong trường hợp này mà thường có màu trắng. Các tổn thương tương tự thường gặp trong hội chứng Cushing (do u vỏ thượng thận) hoặc giả Cushing do dùng corticoid, có thể ở bụng, đùi và cẳng chân.

Trước hết, cần khám và phát hiện các triệu chứng thuộc hội chứng Cushing như mặt tròn, đỏ, phân bố mỡ không đều (cổ ụ, béo bụng và đùi, cẳng chân teo nhỏ), rậm lông tóc, nhiều trứng cá, đục thủy tinh thể, tăng huyết áp, tăng nhãn áp... các triệu chứng loãng xương (mất chất khoáng, xẹp đốt sống, gãy xương tự nhiên...). Các xét nghiệm thường được chỉ định là đường máu (thường cao); kali, calci máu (thường thấp). Nhằm phát hiện nguyên nhân cần phân biệt hai trường hợp. Trong hội chứng Cushing do thuốc, các triệu chứng lâm sàng thường không biểu hiện đầy đủ. Với hội

chúng giả Cushing sau dùng corticoid – cần hỏi tiền sử dùng corticoid (liều, thời gian...). Cần định lượng corticoid huyết thanh: corticoid thường thấp hoặc bình thường trong trường hợp đã từng sử dụng corticoid (nay đã ngừng thuốc); trường hợp do u vỏ thượng thận corticoid huyết thanh thường cao. Siêu âm hoặc cắt lớp vi tính vùng thượng thận có thể phát hiện u tuyến thượng thận. Đây là xét nghiệm có giá trị chẩn đoán và định hướng điều trị (mổ lấy u).



H165

Trên thực tế, đây là các vết rạn da do sử dụng thuốc corticoid. Các vết rạn này biến mất sau khi ngừng thuốc.

Trường hợp 76. (H.165)

1. H.165: các xét nghiệm cần chỉ định là:
 - d) Bilan phospho-calcii: định hướng nguyên nhân
 - e) Bilan viêm: định hướng nguyên nhân
 - f) Đo mật độ xương: đánh giá và theo dõi
2. Chẩn đoán đúng là: b - Loãng xương

3. Trên phim X-quang cột sống thắt lưng thẳng thấy rõ hình ảnh lún xẹp đốt sống L1 (a) và L4 (b); trên phim nghiêng còn thấy rõ các đốt D11, D12 cũng bị lún xẹp. Mặc dù bị lún xẹp song cấu trúc của các đốt sống kể trên vẫn được bảo tồn, không có các hình ảnh tiêu xương, hủy xương... Trên phim nghiêng, ranh giới các đĩa đệm cũng vẫn bình thường, thậm chí còn rộng ra do các đốt sống bị lún xẹp. Có hình ảnh “viền tang” với các đốt sống

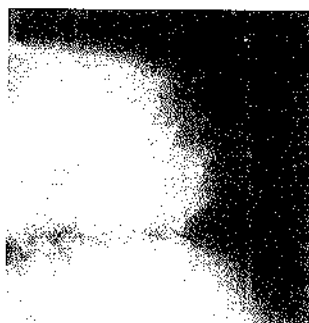
tăng thấu quang. Riêng L3, L4 còn thấy các bề xương dọc (hình ảnh răng lược) (c) biểu hiện tình trạng mất chất khoáng nhẹ hơn các đốt khác có tăng thấu quang hoàn toàn.

Do nữ nông nhân này hoàn toàn khỏe mạnh, không có các triệu chứng đau, không có biến đổi thể trạng, do đó có nhiều khả năng các bất thường trên X-quang là một loãng xương nguyên phát. Tuy nhiên, cũng nên chỉ định các xét nghiệm như bilan viêm sinh học, bilan phospho-calcii để khẳng định chẩn đoán trên.

Trường hợp 77. (H.166; H.167; H.168; H.169; H.170; H.171)



H166



H167

1. H.166; H.167: các xét nghiệm cần chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán nguyên nhân:

- b) Siêu âm ổ bụng phần phụ
- d) Bilan phospho-calcii
- e) Bilan viêm
- f) Xạ hình xương (scintigraphy)

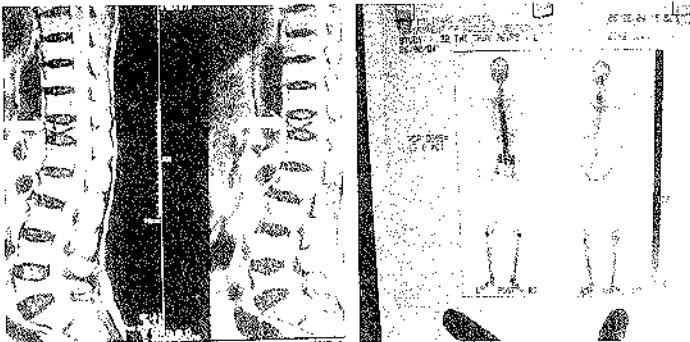
2. Chẩn đoán đúng là:

- a) Thoái hóa cột sống thắt lưng
- b) K di căn xương
- c) Loãng xương

- d) Viêm cột sống dính khớp
- e) Viêm đĩa đệm đốt sống do lao (lao cột sống)

3. H.166; H.167: trên phim thẳng và nghiêng đều thấy rõ đốt sống D12 xẹp trầm trọng, có “hình bánh kẹp”, chứa khí ở trong đốt sống (a). Ngoài ra, đốt sống L2 xẹp nhẹ, có hình chêm (b); các đốt sống còn lại bị mất chất khoáng (hình ảnh tăng thấu quang) với hình ảnh “viên tang” rõ ràng.

Do bệnh nhân đau cột sống thắt lưng mới xuất hiện trên nền mất chất khoáng toàn bộ các đốt sống khác kèm theo đốt sống L2 xẹp nhẹ, các xét nghiệm nêu trên đều bình thường ở một bệnh nhân nữ 76 tuổi, chẩn đoán có thể là xẹp đốt sống do loãng xương nguyên phát. Tuy nhiên thân đốt sống này lại chứa khí ở trong, nên cần chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ để phát hiện các tổn thương khác (nếu có).



H168

H169

H.168: phim cộng hưởng từ của bệnh nhân: hình ảnh tăng tín hiệu D12 không đồng đều, dù các thông tin khác là bằng chứng gợi ý loãng xương nguyên phát, song chưa thể loại trừ ung thư di căn đốt sống. Do vậy, cần chỉ định thêm bilan phát hiện ung thư và scintigraphy xương để phát hiện K di căn xương ở các vị

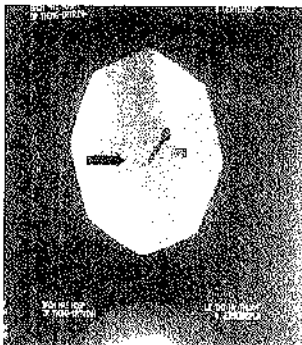
trí khác nếu có.

H.169: hình ảnh chụp scintigraphy xương của bệnh nhân: sự tăng tín hiệu tại D12 đơn độc (hình ảnh xẹp đốt sống do loãng xương) và ở các xương cẳng chân (có thể do thoái hóa?) khẳng định chẩn đoán loãng xương nguyên phát.

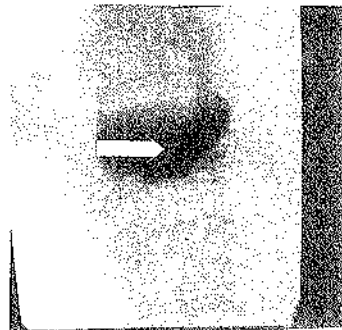
4. Các thuốc hoặc biện pháp có chỉ định trong điều trị bệnh nhân này là:

- a) Đeo đai lưng cố định cột sống thắt lưng
- b) Paracetamol
- d) Miacalcic
- e) Calci - Vitamin D
- g) Tạo hình đốt sống

Có thể tạo hình đốt sống bằng nhiều phương pháp như đổ xi măng đốt sống (ciment). Ngoài ra, có thể tạo hình đốt sống bằng các dụng cụ bằng chất dẻo (thủ thuật này chưa được thực hiện ở Việt Nam). Lưu ý bệnh nhân này cần phải được dùng thuốc chống loãng xương kéo dài để duy trì kết quả và phòng các tổn thương khác tiếp theo. Bệnh nhân này đã được thực hiện.



H170



H171

H.170: trước khi bơm xi măng.

H.171: sau khi bơm xi măng. Kỹ thuật tạo hình đốt sống bằng phương pháp đổ xi măng tại vị trí D12 của bệnh nhân này được thực hiện tại khoa X-quang Bệnh viện Bạch Mai. Kết quả này rất ngoạn mục, bệnh nhân hết đau hoàn toàn ngay sau thủ thuật.

Trường hợp 78. (H.172).

1. H.172: các xét nghiệm cần chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán là:
 - a) Chụp cắt lớp vi tính cột sống thắt lưng
 - d) Bilan phospho-calci
 - e) Bilan viêm
 - f) Xạ hình xương (scintigraphy)
 - g) Tủy đồ - Sinh thiết tủy xương



H172

2. Chẩn đoán đúng là: e - Hủy đốt sống do K di căn

3. Trên phim thẳng chụp cột sống thắt lưng (H.172) thấy vẹo cột sống sang trái, biến dạng thân đốt L1 (đặc biệt không nhìn rõ “mắt” bên trái của đốt L1). Trên phim nghiêng, ngoài sự biến dạng thân đốt L1, còn thấy cung sau của đốt này bị biến mất hoàn toàn. Các tổn thương này thường do K di căn đốt sống.

Chụp cắt lớp vi tính tại L1 sẽ cho phép xác định rõ các tổn thương tại vị trí này. Các xét nghiệm rẽ tiền nhất, đơn giản nhất là bilan phospho-calci và bilan viêm thường đem lại các thông tin về nguồn gốc hủy xương. Xạ hình xương (scintigraphy) cho phép đánh giá các tổn thương di căn (nếu có) trên toàn bộ khung xương. Khi không tìm thấy ổ nguyên phát, tủy đồ hoặc/và sinh

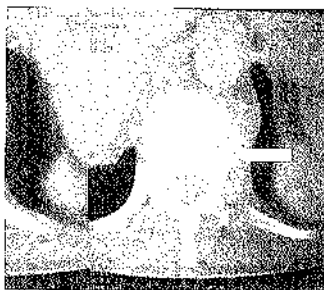
thiết tủy xương có thể đem lại chẩn đoán K di căn trong khoảng 25% số trường hợp.

Trường hợp 79. (H.173; H.174; H.175)

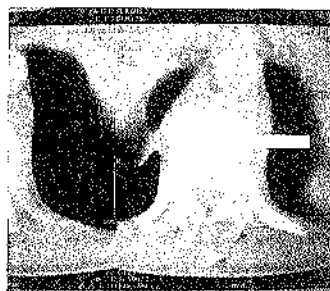
1. H.173: trên phim thẳng thấy các đốt sống D11 và D12 dường như chỉ còn 1 “mắt” bên phải. Phía “mắt” trái của thân D11 và D12 dường như biến mất, chứng tỏ phần cuống đốt sống đã bị hủy (hình ảnh “đốt sống chột mắt”). Hình ảnh trên gợi ý một ung thư di căn đốt sống.



H173



H174



H175

2. Thực tế có thể không cần các phương pháp chẩn đoán hình ảnh nào khác, nếu chỉ với mục đích chẩn đoán: phim X-quang quy ước và bệnh cảnh lâm sàng đã có thể khẳng định 99% nguồn gốc hủy đốt sống do K di căn. Trường hợp nghi ngờ, nên chụp cắt lớp vi tính để xác định tổn thương vì đây là tổn thương xương.

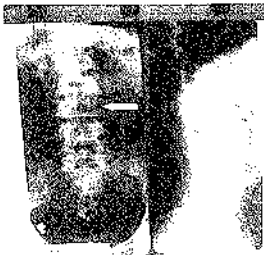
H.174; H.175: hình ảnh chụp cắt lớp vi tính qua đốt sống D11 và D12 đã khẳng định nghi ngờ trên phim X-quang quy ước: cuống trái bị hủy. Do có hủy xương, cần chỉ định các bilan cơ

bản như bilan viêm (công thức máu, tốc độ máu lắng...) và bilan phospho-calcii (calcii máu, phosphatase kiềm...). Hơn nữa, có nhiều khả năng là một trường hợp ung thư di căn, nên các bilan tìm kiếm nguồn gốc ung thư (chụp tim phổi, siêu âm ổ bụng, soi dạ dày...) hoặc chụp xạ hình xương (scintigraphy) để khảo sát các di căn (nếu có) trên toàn bộ khung xương. Tùy đồ hoặc/và sinh thiết tủy xương có thể đem lại chẩn đoán K di căn trong khoảng 25% số trường hợp.

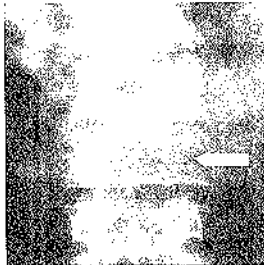
Trường hợp 80. (H.176; H.177; H.178; H.179; H.180)

1. H.176; H.177; H.178: các xét nghiệm cần chỉ định ở bệnh nhân này:

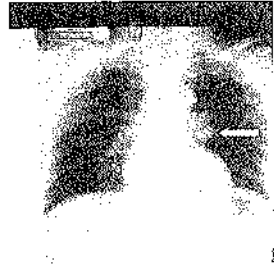
- b) Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng: do có ép tủy
- c) Chụp cắt lớp vi tính lồng ngực: có thể phát hiện rõ tổn thương phổi
- e) Sinh thiết hạch thượng đòn: xét nghiệm đơn giản, rẻ tiền nhất có giá trị chẩn đoán



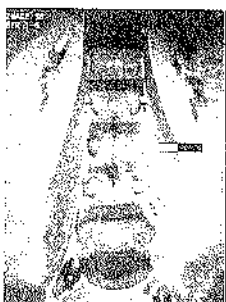
H176



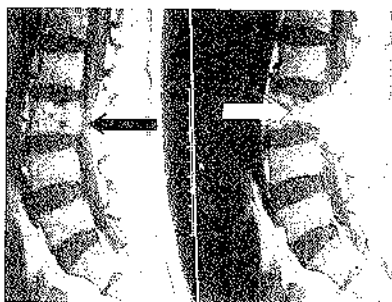
H177



H178



H179



H180

2. Chẩn đoán đúng là: đ - K phổi di căn xương cột sống.

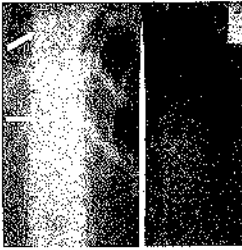
3. H.176; H.177: có thể thấy rõ mòm ngang và cả phần bên trái của thân đốt sống L3 biến mất hoàn toàn trên phim thẳng, dù trên phim nghiêng dường như hoàn toàn bình thường.

H.178: hình ảnh đám mờ hình cang cua ở rốn phổi trái. Kết hợp tổn thương tại đốt sống và phổi, gợi ý K phế quản phổi di căn đốt sống L3.

H.179; H.180: là hình ảnh chụp cộng hưởng từ của bệnh nhân trên cho thấy rõ tổn thương cuống đốt sống L3. Các lát cắt dọc cho thấy đốt sống L3 bị hủy (a) và xâm lấn tủy sống (b). Có thể thấy rõ tổn thương đã xâm lấn cả phần cơ thắt lưng chậu trái.

Trên thực tế ở bệnh nhân này, sau khi chọc hút vùng tổn thương hủy xương tại L3, kết quả giải phẫu bệnh học cho thấy sự có mặt của các tế bào K biểu mô di căn xương.

Trường hợp 81. (H.181; H.182; H.183; H.184; H.185)



H181



H182



H183



H184



H185

1. H.181; H.182; H.183: chẩn đoán đúng là e – K phổi di căn đốt sống.

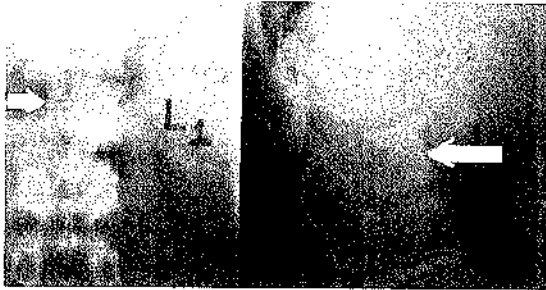
2. H.181: trên phim thẳng thấy các đốt sống D10 và D11 xếp (a). Nếu như trên đốt sống D12 còn nhìn rất rõ các “mắt” - tức là các cuống của sống (b) thì ở các đốt D10, 11 không còn nhìn rõ các “mắt” của 2 thân đốt sống này (“đốt sống mù mắt”). Phía “mắt” trái của thân D10 được thay bằng một hốc sáng, chứng tỏ phần cuống đốt sống đã bị hủy hoàn toàn (c). Trên phim nghiêng khẳng định đốt sống D10 và 11 xếp (d), tổn thương hủy xương và tạo xương hỗn hợp.

H.182: trên phim tim phổi thẳng thấy trung thất rộng, có đám mờ đồng nhất ở trung thất trên phải. Các hình ảnh trên gợi ý một ung thư phổi di căn đốt sống.

H.184; H.185: là kết quả chụp cộng hưởng từ của bệnh nhân, khẳng định các tổn thương trên phim X-quang quy ước. Trên phim thấy rõ tổn thương không những 2 mà 3 đốt sống liên tiếp, có xâm lấn vào tủy sống (giải thích hiện tượng ép tủy trên lâm sàng). Các hình ảnh này ngày càng khẳng định chẩn đoán một tổn thương đốt sống do ung thư di căn.

Kết hợp các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng tại phổi, có thể nói nguồn gốc của ung thư là phổi.

Trường hợp 82. (H.186)



H186

H.186: trên phim thẳng có thể thấy rất rõ ràng góc trên phải của L1 bị hủy, “biến mất” hoàn toàn. Ngay cả phần cuống đốt sống L1 (biểu hiện bởi “mắt” phải của đốt sống) cũng không còn. Mặc dù trên phim nghiêng, thân đốt sống L1 dường như còn nguyên vẹn về hình thái, song cũng có thể thấy sự bất thường về mật độ: phía sau thân đốt sống L1 quá sáng. Với hình ảnh đốt sống dường như bị “cắt” rất gọn (như “cắt bo”), có thể chẩn đoán xác định một cách chắc chắn đó là một K di căn thân đốt sống thể hủy xương.

Trường hợp 83. (H.187)

1. H.187: chẩn đoán đúng là: c - K di căn xương

2. Lựa chọn đúng là: a - CA - 125

3. Hình ảnh kết thân đốt sống L4 được gọi là hình ảnh “đốt sống ngà voi”. Kết hợp với đặc điểm lâm sàng: tính chất đau cột sống thắt lưng và tiền sử nghi ngờ ung thư buồng trứng, có thể nghĩ đến ung thư buồng trứng di căn xương.

Để xác định nguồn gốc ung thư từ buồng trứng, nên xét nghiệm yếu tố chỉ thị về ung thư: CA - 125. Ngoài ra, cần chỉ định các xét nghiệm như trong các trường hợp ung thư di căn xương khác.

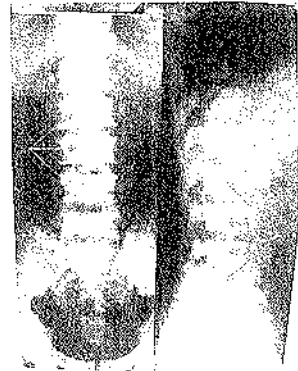


H187

Trường hợp 84. (H.188)

1. H.188: chẩn đoán đúng là e - K di căn xương

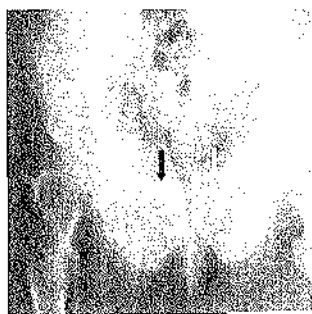
2. Tất cả các đốt trên phim X-quang có tăng cản quang một cách bất thường. Tại các đốt sống L4-L5 có vài hốc sáng xen kẽ. Sự kết hợp giữa tăng và giảm mật độ và chất khoáng (chúng tỏ sự tăng tạo và hủy xương) này rất rõ ở phần xương cùng cụt và xương cánh chậu thấy được trên phim. Thân các đốt sống không bị biến dạng, khe đĩa đệm bình thường, có một vài gai xương thấy trên phim



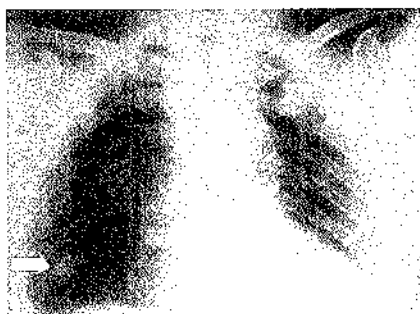
H188

thẳng và phim nghiêng. Mặc dù có các gai xương, song không thể chẩn đoán đây là thoái hóa cột sống, đặc biệt khi đối chiếu với đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân. Ngoài ra, sự kết hợp giữa tăng tạo và hủy xương gợi ý một ung thư di căn xương. Mặc dù có hình ảnh tăng mật độ chất khoáng trên X-quang, song có các phần hủy xương kết hợp. Điều này có thể loại trừ bệnh xương hóa đá ngay về triệu chứng X-quang. Ngoài ra, các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng khác góp phần phân biệt bệnh này. Mặc dù có tốc độ máu lắng cao, với lượng protid toàn phần huyết thanh thấp, có thể loại trừ đau u tủy xương vì đa số các trường hợp bệnh này đều có lượng protid toàn phần cao. Bilan sinh hóa của bệnh nhân này cho thấy tình trạng suy kiệt của bệnh nhân do ung thư. Trên thực tế, qua khai thác tiền sử cho thấy nguồn gốc ung thư của bệnh nhân này là K vòm di căn xương.

Trường hợp 85. (H.189; H.190)



H189



H190

1. H.189; H.190: chẩn đoán đúng là: e - một ung thư nơi khác di căn xương và phổi.
2. H.189: phim chụp X-quang khung chậu cho thấy hủy

xương ngành ngồi - háng phải.

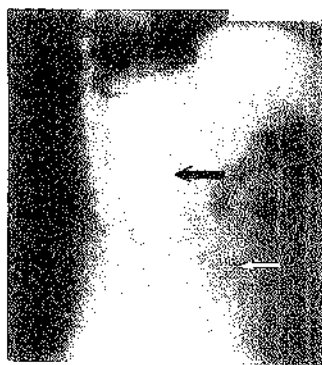
H.190: phim phổi có một đám mờ đồng nhất hình tròn, ranh giới rõ ở đáy phổi phải, gợi ý “hình ảnh thả bóng” của một ung thư nơi khác di căn vào phổi.

Trên thực tế, đây là trường hợp K tiền liệt tuyến di căn xương và phổi. Xét nghiệm PSA trên 1000 n/l.

Trường hợp 86. (H.191; H.192)



H191



H192

1. Các xét nghiệm cần chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán xác định là:

- c) Xạ hình xương (scintigraphy)
- d) Bilan phospho-calci
- e) Bilan viêm
- g) PSA

2. Chẩn đoán có thể là: **d** - K di căn xương

3. Hình ảnh hủy xương và tạo xương hỗn hợp lan tỏa toàn

bộ cột sống thắt lưng và xương chậu. Hình ảnh này rất gợi ý nguồn gốc ung thư từ tiền liệt tuyến. Kết hợp với triệu chứng lâm sàng về rối loạn tiểu tiện và tiền sử u xơ tiền liệt tuyến, khả năng nguồn gốc ung thư từ đây rất cao.

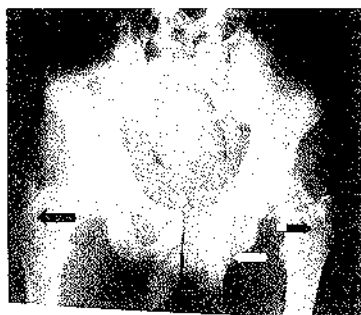
Trường hợp 87. (H.193; H.194)

1. H.193; H.194: các xét nghiệm cần chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán là:

- a) Các xét nghiệm về bệnh hoa liễu (lậu, giang mai và HIV)
- d) Bilan phospho-calci
- e) Bilan viêm
- g) Xạ hình xương (scintigraphy)
- h) Sinh thiết tinh hoàn

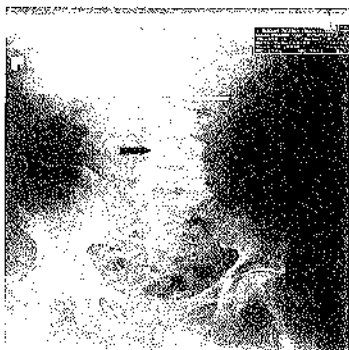
2. Chẩn đoán đúng là: c - K tinh hoàn.

3. Các chẩn đoán viêm hoặc lao tinh hoàn đều không thể giải thích tổn thương tại xương chậu và đầu trên xương đùi. Rất nhiều các hốc xương tại các vị trí này gợi ý tình trạng hủy xương của một ung thư di căn xương. Mặc dù calci máu bình thường, phosphatase tăng cao đã khẳng định có tình trạng hủy xương do K. Trên thực tế xét nghiệm giải phẫu bệnh với bệnh phẩm chọc hút từ tinh hoàn đã khẳng định chẩn đoán.

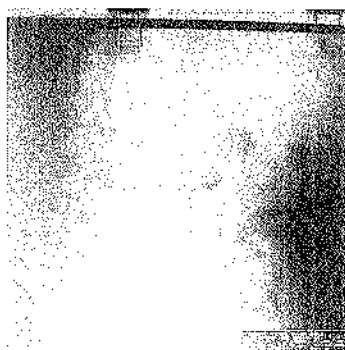


H194

Trường hợp 88. (H.195; H.196)



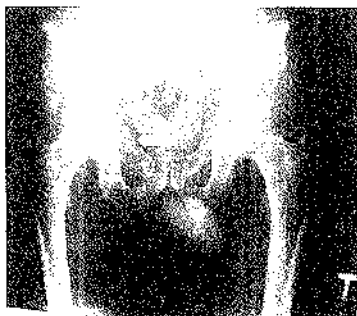
H195



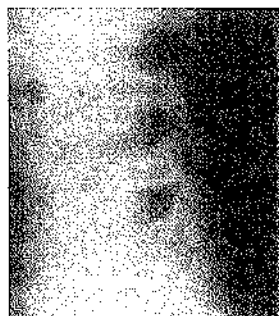
H196

1. Chẩn đoán đúng là: e - Hủy đốt sống do K di căn xương
2. H.195: gai ngang L2 bên trái bị hủy một phần, biểu hiện bằng hình ảnh tăng thấu quang, tuy hình dạng vẫn nguyên vẹn.
H.196: phần trước của thân đốt sống L2 bị hủy gần 1/3.
Đây là hình ảnh của một ung thư di căn đốt sống.

Trường hợp 89. (H.197; H.198)



H197



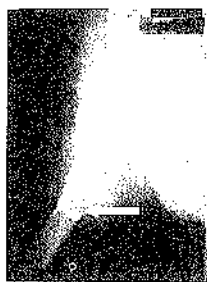
H198

1. Chẩn đoán đúng là: a - Hủy xương do di căn ung thư.
2. H.197: hủy xương ngành ngồi háng phải.
H.198: hủy mặt trước đốt sống cùng S1.

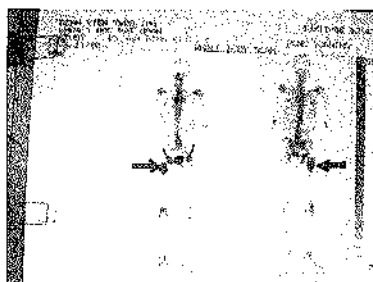
Trường hợp 90. (H.199; H.200; H.201)



H199



H200



H201

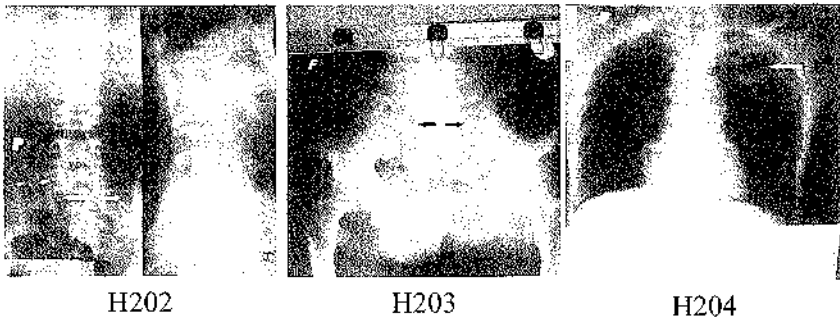
1. H.199: tại đầu trên xương đùi phải, ngay dưới máu chuyển có một hốc sáng lớn, ranh giới rõ. Phần vỏ xương đùi, bờ ngoài của hốc sáng dường như có các điểm calci hóa làm cho bờ xương thật rõ nét, gợi ý hình ảnh hủy xương không lành tính.

H.200: ngoài hốc sáng đã mô tả trên phim thẳng, không thấy có bất thường gì khác.

2. Kết hợp với bệnh cảnh lâm sàng, mặc dù không có bất thường về bilan phospho-calcii, có nhiều bằng chứng gợi ý chẩn đoán một ung thư xương (có vẻ thứ phát). Do các xét nghiệm nhằm tìm kiếm nguồn gốc ung thư (siêu âm ổ bụng, chụp tim phổi...) đều không phát hiện ra bất thường, có một xét nghiệm cần chỉ định tiếp theo có thể khẳng định tổn thương tại xương là chụp xạ hình xương (scintigraphy). Trên cơ sở phát hiện các tổn thương tại xương, có thể tìm một vị trí dễ chọc hút nhất để lấy bệnh phẩm xét nghiệm giải phẫu bệnh. Trường hợp không có điều kiện làm xét nghiệm trên, có thể làm tủy đồ hoặc/và sinh thiết tủy xương. Xét nghiệm này cũng có khả năng cho kết quả khẳng định một ung thư nếu có di căn vào tủy xương (25% số trường hợp cho kết quả dương tính). H.201 là hình ảnh chụp xạ

hình xương (scintigraphy) của bệnh nhân này. Kết quả cho thấy có tăng cường tập trung xạ tại đầu trên xương đùi phải (trung tâm có hủy xương); tại xương bánh chè và mắt cá bên phải; tại đốt sống thắt lưng L2,3,4 (phía trước) và đốt sống D10,11. Tại xương sườn 8 phía trước phải có tăng tập trung xạ nhẹ, có thể do chấn thương cũ. Các phần còn lại phân bố theo sinh lý. Kết quả này cho thấy các đặc điểm của một tổn thương di căn xương về xạ hình.

Trường hợp 91. (H.202; H.203; H.204; H.205; H.206; H.207; H.208)



1. H.202; H.203: có thể thấy phía khớp cùng chậu phải có hình ảnh tùy xương hủy xương cùng. Khớp cùng chậu trái bình thường. Do vậy đây không phải hình ảnh X-quang của viêm cột sống dính khớp.

H.204: có đám mờ đỉnh phổi trái. Kết hợp hình ảnh X-quang và tình trạng đau, ngón tay dùi trống và hạch thượng đòn, trong trường hợp không có khả năng làm các xét nghiệm gì khác cũng có thể xác định chẩn đoán một ung thư di căn xương vào hạch. Nguồn gốc của ung thư này là từ phổi.

2. Để xác định chẩn đoán, xét nghiệm dễ thực hiện nhất, rẽ

tiên nhất là chọc hút hạch thượng đòn bằng kim nhỏ để lấy bệnh phẩm phân tích giải phẫu bệnh (nếu không phát hiện được tổn thương mới phải sinh thiết hạch). Kết quả hạch đồ với chọc hút bằng kim nhỏ của bệnh nhân này là K biểu mô di căn hạch.

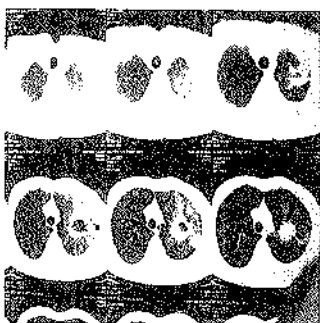
Nếu có điều kiện chụp cắt lớp vi tính, có thể phát hiện các tổn thương rõ hơn tại xương cùng và phổi. Các xét nghiệm chọc hút sinh thiết dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính sẽ cho biết nguồn gốc của ung thư.



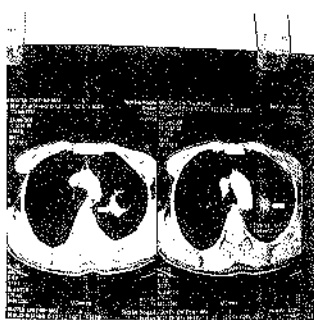
205



206



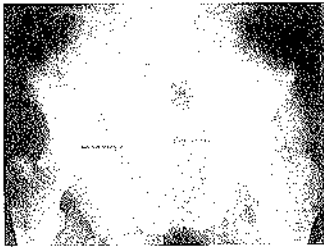
207



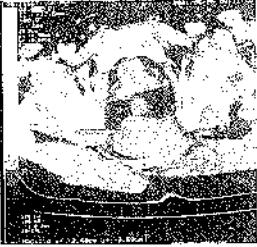
H208

H.205; H.206; H.207; H.208: cho thấy tổn thương hủy xương rất rõ tại vùng cùng chậu và khối u tại phổi.

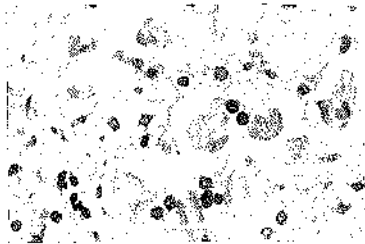
Trường hợp 92. (H.209; H.210; H.211)



H209



H210



H211

1. Chẩn đoán đúng là: **c** – Hủy xương chậu do nguyên nhân nào khác, không phải sarcom xương, cũng không phải K di căn xương.

2. H.209: bờ xương cùng bên trái không nét, có dấu hiệu thổi vỏ (bờ viền của xương bị đẩy lệch ra ngoài vị trí bình thường). Các lỗ cùng bên trái không nhìn rõ như bên phải. Các dấu hiệu trên gợi ý có một tổn thương tiêu xương và gây hiệu ứng khối (đề đẩy) ở vùng cùng - cụt.

H.210: chụp cắt lớp vi tính cho phép bộc lộ rõ những tổn thương nghi ngờ trên phim thường quy: xác định rõ sự tồn tại một khối u lớn (đường kính trung bình 10cm) phát triển về phía trong khung chậu, lên trên gây tiêu xương cùng cụt; gây lệch xương cùng cụt, đẩy trực tràng và bàng quang ra trước. Vùng

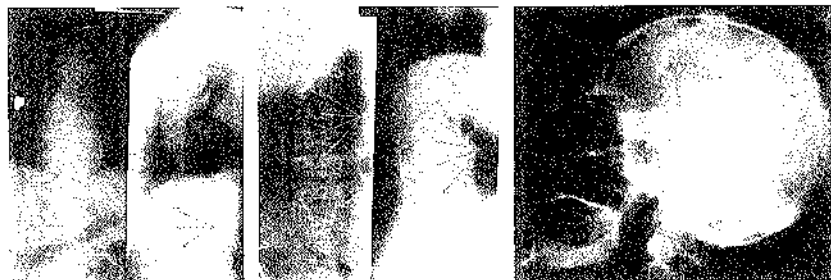
ngoại vi có hình ảnh calci hóa hình thái đa dạng, phần lớn các hình ảnh này chính là cấu trúc xương bình thường bị tổ chức của khối u đẩy lệch ra ngoài.

Kết hợp với bệnh cảnh lâm sàng và xét nghiệm máu, không có khả năng đó là một sarcom xương hoặc K di căn xương.

3. Xét nghiệm duy nhất có khả năng khẳng định chẩn đoán là mô bệnh học chọc hút sinh thiết làm giải phẫu bệnh. Bệnh nhân đã được chọc mù bằng kim nhỏ 2 lần xong chỉ thấy hồng cầu và vôi tế bào viêm, không thấy tế bào ác tính. Khi sinh thiết dưới Scanner mới lấy được bệnh phẩm.

H.211: kết quả mô bệnh học mẫu sinh thiết: mảnh sinh thiết nhỏ của mô xương có các tế bào đa diện, tập trung thành hình dây, bào tương rộng, từng chùm tế bào có các không bào lớn trong chứa các giọt nhầy, khoang gian bào cũng nhiều chất nhầy và có các vùng chảy máu, nhuộm PAS (+). Kết luận: Chordoma - u nguyên spong. Đây là một loại u nguyên bào thần kinh tương đối lành tính.

Trường hợp 93: (H.212; H.213; H.214)



H212

H213

H214

1. H.212; H.213: các xét nghiệm tiếp theo cần chỉ định là :

b) Bilan phospho-calcii

c) Định lượng protid máu và điện di protein

2. Chẩn đoán đúng là **b** - Loãng xương thứ phát

3. Về lâm sàng, một nam giới, 53 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, không có tiền sử sử dụng các thuốc có khả năng gây mất chất khoáng thì hình ảnh X-quang rất tương phản với lâm sàng. Tính chất đau, gầy sút, thiếu máu và toàn bộ cột sống thắt lưng và thắt lưng có hình ảnh loãng xương điển hình với nhiều đốt sống xẹp trên X-quang, tốc độ máu lắng cao gợi ý nguyên nhân ác tính. Xét nghiệm protid máu toàn phần rất cao; globulin cao gợi ý bệnh đa u tủy xương (Bệnh Myeloma hay còn gọi là bệnh Kahler). Cần chụp thêm xương sọ, đầu trên xương dài để tìm các u xương. Cần xét nghiệm nước tiểu tìm protein Bences – Jones; điện di miễn dịch và làm tủy đồ/và sinh thiết tủy xương để có thể khẳng định chẩn đoán.

H.214: cho thấy rất nhiều hốc hình ô van trên xương sọ. Tủy đồ của bệnh nhân cho kết quả: giàu tế bào, dòng hồng cầu giảm sinh nặng, gặp chủ yếu tuổi đa sắc và ưa acid, nguyên sinh chất hẹp. Dòng hồng cầu hạt giảm sinh nặng. Tăng sinh dòng plasmo, kích thước không đồng đều, rối loạn hình thái nặng, nguyên sinh chất nham nhở, ưa base mạnh, nhân hơi thô, không rõ hạt nhân, có một số tương bào 2 nhân. Dòng mẫu tiểu cầu số lượng giảm nhẹ. Tỷ lệ phasmo: 53% ở tủy; 4% ở máu. Kết luận: bệnh đa u tủy xương (Bệnh Myeloma – bệnh Kahler).

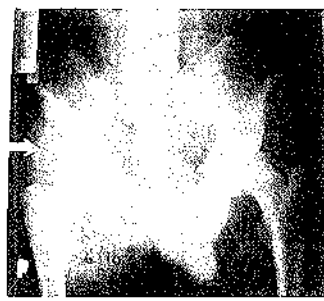
Trường hợp 94. (H.215; H.216; H.217; H.218; H.219)



H215



H216



H217

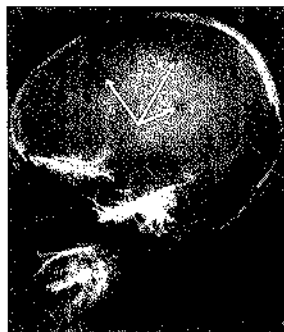
1. H.215; H.216; H.217: các xét nghiệm cần chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán:

- c) Chụp lại phim X-quang quy ước cột sống thắt lưng
- d) Chụp thêm các phim sọ, đầu trên xương dài
- g) Tủy đồ - sinh thiết tủy xương

2. Chẩn đoán đúng là: e - Đa u tủy xương



H218



H219

3. Có nhiều bằng chứng của gợi ý bệnh đa u tủy xương (Bệnh Myeloma - bệnh Kahler). Tính chất đau, gầy sút, thiếu máu, tốc độ máu lắng cao, protid máu toàn phần rất cao; globulin cao gợi

ý bệnh đa u tủy xương. Tuy không phát hiện các tình trạng là hủy xương trên X-quang, có thể do các phim này đã được chụp 3 tháng trước. Do đó, các xét nghiệm cần chỉ định để có thể khẳng định chẩn đoán chụp lại phim cột sống thắt lưng và chụp thêm xương sọ, đầu trên xương dài để tìm các u xương; điện di protein và điện di miễn dịch; tủy đồ/và sinh thiết tủy xương.

H.218; H.219: chụp tại thời điểm thăm khám (sau các phim H.215; H.216; H.217 3 tháng), cho thấy hình ảnh loãng xương có xẹp đốt sống rõ ràng và rất nhiều hốc hình ô van trên xương sọ; chứng tỏ bệnh diễn biến khá nhanh. Tủy đồ của bệnh nhân có tăng tỷ lệ plasmô: 62% ở tủy; 6% ở máu với kích thước không đồng đều, rối loạn hình thái nặng, nguyên sinh chất nham nhỏ, ưa base mạnh, nhân hơi thô, không rõ hạt nhân, có một số tương bào có hai nhân. Kết luận: bệnh đa u tủy xương (Bệnh Myeloma - bệnh Kahler).

4. Tình trạng hủy xương trầm trọng dẫn đến lượng calci máu cao, đây là một trong những nguyên nhân gây suy thận. Lượng IgG cao cũng là một yếu tố gây tổn thương thận, dẫn đến lượng protein niệu cao. Tuy nhiên, nếu xét nghiệm bilan hội chứng thận hư sẽ không thấy các triệu chứng rối loạn mỡ máu, vì cơ chế tổn thương thận trong bệnh này khác với hội chứng thận hư.

5. Các thuốc có chỉ định trong điều trị bệnh chính của bệnh nhân này là:

- c) Dexamethason
- f) Doxorubicin
- g) Vincristin

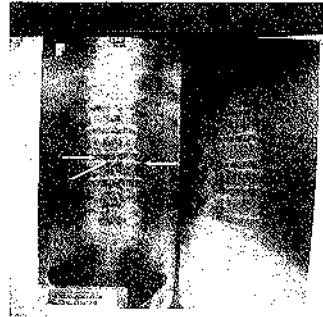
6. Các thuốc hoặc phương pháp có chỉ định trong điều trị triệu chứng ở bệnh nhân này:

- c) Thuốc chống viêm không steroid (với mục đích giảm đau)
- d) Calcitonin: giảm hủy xương
- e) Allopurinol: hạ acid uric
- g) Thuốc giảm đau (paracetamol...)
- h) Đeo thắt lưng cố định cột sống thắt lưng

Trường hợp 95. (H.220)

1. Chẩn đoán đúng là **b** – Thoái hóa cột sống thắt lưng

2. Trên phim thẳng và nghiêng thấy nhiều mỏ xương (a) và kết đặc mâm đốt sống (b) ở nhiều đốt sống. Thậm chí các mỏ xương L3-L4 còn có xu hướng nối vào nhau như những cầu xương phim nghiêng (c). Tuy



H220

nhiên, các mỏ xương này thô và đỏ chính là các mỏ xương có thể thấy rõ cả trên phim thẳng (a). Tại vị trí đĩa đệm, ngoài các tổn thương trên còn có hẹp khe đĩa đệm L5-S1 hẹp (chứng tỏ sự thoái hóa đĩa đệm), hẹp lỗ liên hợp (d). Có thể khẳng định không có hình ảnh viêm khớp cùng chậu – một hình ảnh thường gặp trong bệnh viêm cột sống dính khớp. Tính chất đau và tuổi của bệnh nhân là các bằng chứng gia tăng sự khẳng định của chẩn đoán. Ngoài ra, thể trạng bình thường và bilan viêm âm tính là điều kiện để chẩn đoán nguyên nhân đau cột sống thắt lưng là do thoái hóa cột sống thắt lưng.

3. Các thuốc hoặc phương pháp có chỉ định trong điều trị ở bệnh nhân này là:

- b) Thuốc giãn cơ (Myonal; Mydocalm...)

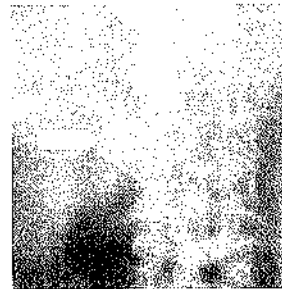
- c) Thuốc chống viêm không steroid
- e) Glucosamin Sulphat

4. Trường hợp bệnh nhân có xét nghiệm như trên, cần phải tìm nguyên nhân gây bilan viêm dương tính. Tốc độ máu lắng cao có thể do nhiễm khuẩn? Thiếu máu có thể do các nguyên nhân như xuất huyết ri rả dạ dày tá tràng...). Nếu không giải thích được bilan viêm dương tính qua các nguyên nhân thông thường, phải tìm kiếm nguyên nhân khác (bilan phát hiện ung thư...), vì điều kiện để chẩn đoán nguyên nhân đau cột sống thắt lưng là do thoái hóa cột sống thắt lưng là các bilan viêm phải âm tính, không có các bất thường khác.

Trường hợp 96. (H.221; H.222)

1. H.221; H.222: các xét nghiệm cần chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán nguyên nhân gây đau cột sống thắt lưng ở bệnh nhân này:

- a) Siêu âm ổ bụng – thận tiết niệu
- d) Xét nghiệm nước tiểu (tổng phân tích, tế bào...)
- e) Bilan viêm



H222

2. Về mặt X-quang, bệnh nhân này có các đặc điểm điển hình của thoái hóa cột sống: hẹp khe liên đốt (a), kết đặc mâm đốt sống (b), gai xương (c), thấy rõ trên cả phim thẳng và nghiêng. Các gai xương thô chứng tỏ quá trình thoái hóa đã kéo dài. Tuy nhiên nguyên nhân gây đau cột sống thắt lưng lần này của bệnh nhân không phải là thoái hóa cột sống, mặc dù hình ảnh X-quang

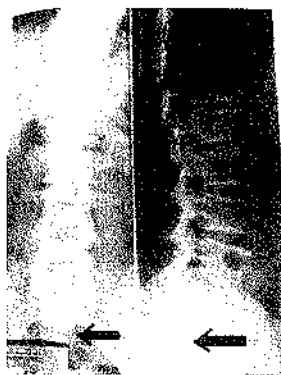
rất rõ ràng. Vài ngày gần đây bệnh nhân có cơn đau quặn thận rõ tại vùng cột sống thắt lưng bên phải. Đau lan xuống bộ phận tiết niệu, kèm theo tiểu buốt, tiểu dắt. Bệnh nhân đi tiểu có máu toàn bãi. Đây là các triệu chứng lâm sàng của sỏi tiết niệu. Do đó việc cần làm là thăm dò chẩn đoán và điều trị sỏi thận.

Việc cắt bỏ các gai xương không được chỉ định trong điều trị thoái hóa cột sống thắt lưng. Trường hợp bệnh nhân có triệu chứng thần kinh kèm theo, phẫu thuật chỉ định tùy theo nguyên nhân và vị trí chèn ép. Một trong các phẫu thuật trong trường hợp có chèn ép thần kinh là cắt cung sau bán phần (laminectomy) chứ không phải cắt bỏ những gai xương ở rìa đốt sống, mặc dù gai xương này có thể rất lớn như trong trường hợp này.

Trường hợp 97. (H.223; H.224; H.225; H.226)

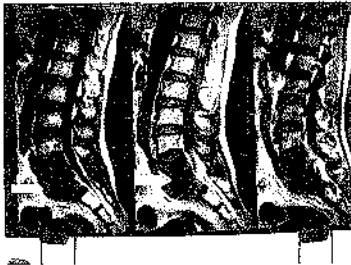
1. H.223: xét nghiệm cần chỉ định nhằm mục đích xác định rõ hơn tổn thương tại cột sống thắt lưng là: **a** - Chụp cắt lớp vi tính cột sống thắt lưng hoặc **b** - Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng.

2. Phim X-quang cột sống thắt lưng có vẻ bình thường, trừ các gai xương nhỏ không có ý nghĩa chẩn đoán. Tuy nhiên, nhìn kỹ có thể thấy phần đĩa đệm L5-S1 mất ranh giới (hẹp khe liên đốt), nham nhở. Do phần hủy xương của L5 và S1 khiến cả hai đốt này dường như thuộc về khối xương cùng, do đó tổn thương này phải rất chú ý mới nhận ra. Nên chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ để phát



H223

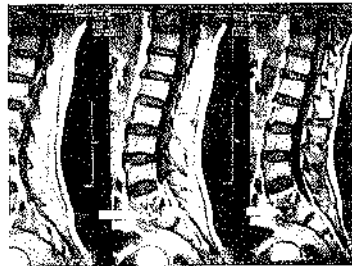
hiện tổn thương. Hẹp khe liên đốt, hủy xương về 2 phía là hình ảnh tổn thương viêm đĩa đệm đốt sống trên X-quang.



H224



H225



H226

H.224; H.225; H.226: chụp cộng hưởng từ khẳng định những tổn thương cơ bản trên hình ảnh X-quang quy ước: giảm bề dày đĩa đệm L5-S1.

H.224: tổn thương viêm biểu hiện bằng vùng đĩa đệm, bản xương dưới đĩa đệm và thân L5 có giảm tín hiệu trên T1W.

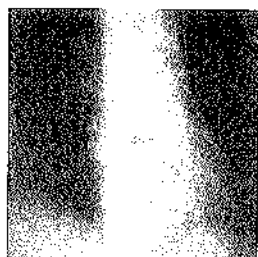
H.225: tăng tín hiệu không đồng nhất T2W.

H.226: sau tiêm thuốc đối quang từ, tổn thương ngấm thuốc dưới dạng các ổ áp xe nhỏ trong đĩa đệm, bản xương dưới đĩa đệm và thân đốt L5. Không có chèn ép tủy hoặc các ổ áp xe phần mềm, ngoài màng cứng...

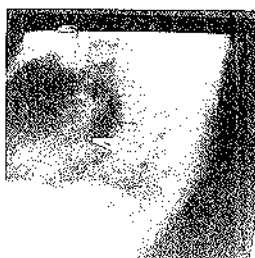
Về nguyên nhân, kết hợp với hội chứng nhiễm trùng trên lâm

sàng, tiền sử phẫu thuật thận – tiết niệu, có thể chẩn đoán đây là một trường hợp viêm đĩa đệm đốt sống do vi khuẩn Gram âm. Tuy nhiên, cần tìm kiếm vi khuẩn, làm kháng sinh đồ qua cấy máu, cấy nước tiểu... hoặc tốt nhất là chọc hút sinh thiết lấy bệnh phẩm tại vùng L5-S1 dưới sự hướng dẫn của máy chụp cắt lớp vi tính để làm xét nghiệm giải phẫu bệnh và vi khuẩn.

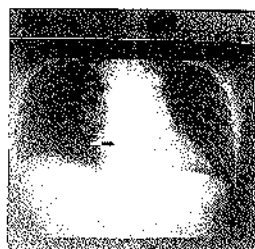
Trường hợp 98. (H.227; H.228; H.229; H.230; H.231; H.232; H.233; H.234; H.235)



H229



H230



H231

1. H.229; H.230; H.231: nguyên nhân gây tổn thương tại cột sống thắt lưng ở bệnh nhân này là: b – Viêm đĩa đệm đốt sống do lao (lao cột sống) ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp.

2. Các xét nghiệm có giá trị chẩn đoán xác định và chẩn đoán nguyên nhân tổn thương tại cột sống là:

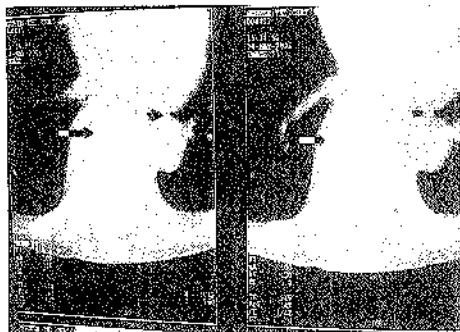
- a) Chụp cắt lớp vi tính cột sống thắt lưng
- c) Phản ứng Mantoux
- g) Chọc hút tổn thương xét nghiệm giải phẫu và vi khuẩn

3. Các dữ liệu lâm sàng và X-quang này đã có thể chẩn đoán xác định.

H.229: D7-D8 hẹp khe đĩa đệm (a), thân D8 xẹp (b).

H.230: khe đĩa đệm chỉ hẹp nhẹ (a), không hủy bề xương dưới đĩa đệm của cả 2 thân đốt sống D7 và D8. Thân đốt sống D8 xẹp hình chêm (b).

H.231: phim phổi không lấy hết đỉnh phổi hai bên, xong có thể nhận thấy không có tổn thương gợi ý lao hoặc viêm. Ngang mức đốt sống tổn thương có hình ảnh một đường song song cạnh sống, gợi ý một áp xe cạnh cột sống (c).



H232

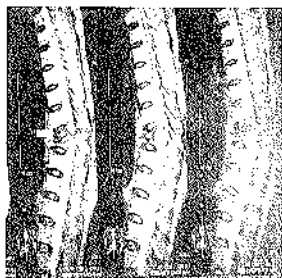
H.232: hình ảnh X-quang chụp cắt lớp vi tính ngang qua đốt sống tổn thương cho thấy hình ảnh đốt sống bị hủy và áp xe cơ cạnh cột sống, trong khối áp xe có nhiều điểm calci hóa, gợi ý tổn thương đã kéo dài.

Hẹp khe đĩa đệm, hủy xương về 2 phía của đốt sống, áp xe cạnh đốt sống là hình ảnh của một viêm đĩa đệm đốt sống. Nếu chỉ xét trên phim X-quang, hình ảnh áp xe cơ cạnh cột sống, trong khối áp xe có nhiều điểm calci hóa, gợi ý tổn thương áp xe lạnh trong viêm đĩa đệm đốt sống do lao. Tuy nhiên, cần xét nghiệm nhằm tìm kiếm bằng chứng về vi khuẩn: phản ứng Mantoux, BK đờm nếu có hoặc tốt nhất là chọc hút sinh thiết lấy bệnh phẩm tại vùng đốt sống tổn thương dưới sự hướng dẫn của máy chụp cắt

lớp vi tính để làm xét nghiệm giải phẫu bệnh và vi khuẩn (cả BK và vi khuẩn thông thường). Trên thực tế, bệnh nhân này đã được làm các xét nghiệm trên và khẳng định chẩn đoán viêm đĩa đệm đốt sống do lao.



H233



H234



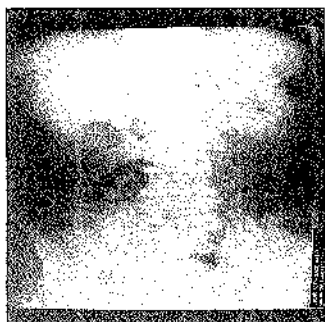
H235

4. Không nên thêm chụp cộng hưởng từ ở bệnh nhân nghi viêm đĩa đệm đốt sống do lao. Vì các calci hóa trong khối áp xe cạnh cột sống là một triệu chứng rất gợi ý nguyên nhân do lao thì không phát hiện được trên phim cộng hưởng từ. Chụp cộng hưởng từ đánh giá tốt tổn thương mô mềm.

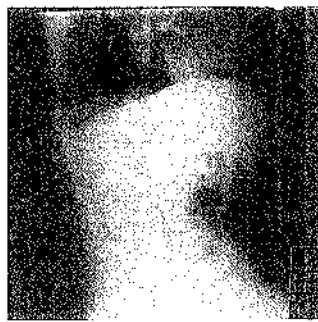
H.233; H.234; H.235: là phim chụp cộng hưởng từ của bệnh nhân này. Có thể thấy trục cột sống bị gập tại D7-D9, tương ứng với vị trí gù nhọn trên lâm sàng. Thân D8 xẹp, có hủy thân đốt sống và đĩa đệm, vùng ống sống tương ứng hẹp nhẹ. Có khối dịch đặc vây quanh vùng tổn thương được bao bọc bởi một vỏ

dày. Rõ ràng hình ảnh tổn thương trên phim cộng hưởng từ chỉ khẳng định một viêm đĩa đệm đốt sống mà không có gợi ý nào về nguyên nhân vi khuẩn hoặc lao. Trong khi đó, trên phim chụp cắt lớp vi tính có thể phát hiện rất dễ dàng các calci hóa trong khối áp xe cạnh cột sống – đó là một triệu chứng rất gợi ý nguyên nhân viêm đĩa đệm đốt sống do lao (lao cột sống).

Trường hợp 99. (H.236; H.237; H.238; H.239; H.240)



H236



H237

1. H.236; H.237: các xét nghiệm cần chỉ định ở bệnh nhân này là:

b) Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng - do có tổn thương thần kinh (yếu hai chi dưới).

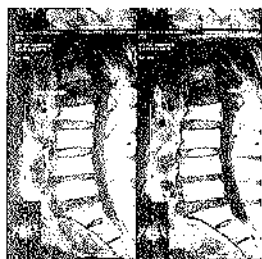
e) Đo mật độ xương: không nhằm mục đích chẩn đoán, mà để đánh giá mức độ nặng nhẹ và theo dõi điều trị (nếu có điều kiện thì chỉ định, không thật cần thiết).

2. Chẩn đoán đúng là: f - Loãng xương nguyên phát

3. Toàn bộ cột sống thắt lưng có mật độ chất khoáng tương đối tốt so với phim X-quang của một nam giới 81 tuổi. Thân đốt

sống L1 xẹp đơn độc, có chứa khí ở trong. Khe liên đốt không giảm độ cao. Có vài mỏ xương là bằng chứng của thoái hóa, tương ứng với độ tuổi của bệnh nhân. Đốt sống L5 xẹp ở tuổi 81 là một trong các tổn thương thường gặp nhất trong loãng xương nguyên phát và ngã ngồi là một trong các yếu tố thuận lợi gây xẹp. Khi đốt sống có chứa khí ở trong, cần loại trừ các nguyên nhân nhiễm khuẩn hoặc ung thư. Tuy nhiên, ở bệnh nhân này không có các triệu chứng lâm sàng hoặc cận lâm sàng của nhiễm khuẩn hoặc K.

Do các triệu chứng tăng phân xạ gân xương hai chi dưới, gợi ý tổn thương ép tủy nhẹ, chụp cộng hưởng từ sẽ giúp đánh giá tình trạng đốt sống tổn thương và tình trạng của tủy sống.



H238



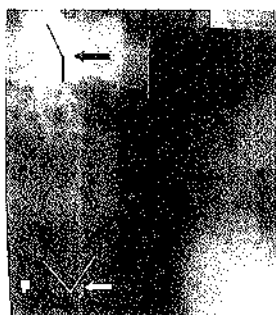
H239



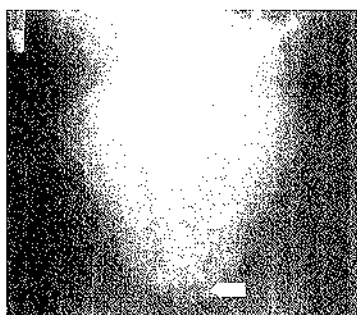
H240

H.238; H.239; H.240: là phim chụp cộng hưởng từ, kết quả cho thấy cột sống bị gãy ở góc L1, phần tủy ngang mức bị chèn ép từ trước ra sau. Thân đốt sống L1 bị xẹp, tín hiệu không đều trên các chuỗi xung. Hình ảnh thân đốt sống và cuống sống bị vỡ thành nhiều mảnh, lõi ra sau, gây chèn ép tủy sống. Kết luận của chụp cộng hưởng từ: xẹp và vỡ thân L1. Kết hợp giữa các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán đây là một trường hợp loãng xương nguyên phát có xẹp đốt sống.

Trường hợp 100. (H.241; H.242)



H241



H242

1. H.241; H.242: các xét nghiệm cần chỉ định nhằm chẩn đoán nguyên nhân tổn thương là: **c** - Định lượng vitamin D

2. Chẩn đoán đúng là: **b** - Nhuyễn xương

3. Phim X-quang cột sống thắt lưng và khung chậu cho thấy hình ảnh loãng xương lan tỏa rất trầm trọng. Hình ảnh đốt sống trong như thủy tinh. Mặt khác, bóng hơi đại tràng đã che khuất các đốt sống, không cho phép xác định hình dạng và cấu trúc của đốt sống. Mức độ mất chất khoáng trầm trọng thể hiện bởi khung chậu biến dạng hình “trái tim” (do các xương đùi lún hẳn vào khung chậu).

Trước một trường hợp loãng xương lan tỏa, cần xét nghiệm bilan viêm, bilan phospho-calcium và các xét nghiệm cơ bản, đặc biệt về chức năng thận.

Nếu là loãng xương nguyên phát - mất chất khoáng liên quan tới tuổi tác: lâm sàng không có các bất thường (không gầy sút, không có hạch, không có các triệu chứng bất thường tại các cơ quan khác...). Nếu là mất chất khoáng do nguyên nhân ác tính (ví

dụ K đi căn), thường có tốc độ máu lắng cao, có thể kèm theo thiếu máu; calci máu, calci niệu và phosphatase kiềm thường cao. Tuy nhiên lưu ý ở nước ta, do tình trạng không đủ calci trong khẩu phần ăn, nên calci máu vẫn có thể bình thường hoặc thấp.

Trường hợp nhuyễn xương điển hình calci máu và calci niệu thường giảm, hiếm khi bình thường; phosphat giảm, phosphatase kiềm tăng; tốc độ máu lắng tăng và creatinin máu thường bình thường trừ một số trường hợp nhuyễn xương do suy thận. Khi định lượng vitamin D huyết thanh thường thấp.

Trên thực tế bệnh nhân này, có thể thấy các triệu chứng sinh hóa của một trường hợp nhuyễn xương điển hình: calci máu giảm; phosphat giảm, phosphatase kiềm tăng trong khi tốc độ máu lắng và creatinin máu bình thường. Tuy nhiên do điều kiện kỹ thuật, không định lượng được vitamin D ở bệnh nhân này.

Trường hợp 101. (H.243)

1. Xét nghiệm có giá trị chẩn đoán nguyên nhân tổn thương có là: **b** - Định lượng vitamin D

2. Chẩn đoán đúng là: **d** - Bệnh nhuyễn xương (Óstéomalacie)

3. Các thuốc có chỉ định trong điều trị nguyên nhân bệnh này là e - Vitamin D

4. Chẩn đoán gãy xương tự nhiên là sai. Đó là đường giả gãy xương đùi (đường Looser-Milkman) gặp trong bệnh nhuyễn xương (ostéomalacie). Đường ngang bị coi là vị trí gãy xương chính

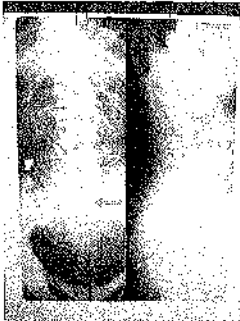


H243

là hai đường Looser-Milkman nứt ngang ở cùng mức trên thân xương đùi tạo thành.

Để chẩn đoán xác định bệnh nhuyễn xương (Osteomalacie), cần định lượng vitamin D huyết thanh. Các bilan phospho-calcii, bilan viêm và bilan về chức năng thận giúp định hướng chẩn đoán phân biệt. Trong số các nguyên nhân gây nhuyễn xương, thường gặp nhất là do thiếu vitamin D, do đó, cần bổ sung vitamin D dưới dạng 1α -25 dihydroxycholecalciferol (Rocaltrol® 0,25 μ g/viên, ngày 4-6 viên) và calci. Trường hợp nhuyễn xương do suy thận mạn tính dùng 1α -25 dihydroxycholecalciferol cũng có tác dụng tốt với tổn thương xương. Ngoài ra, việc cải thiện tình trạng suy thận cũng cần được quan tâm.

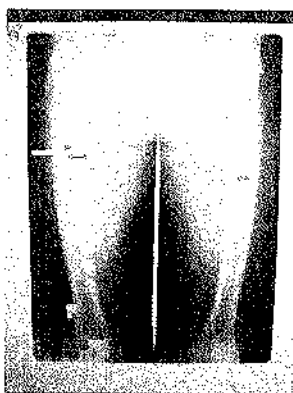
Trường hợp 102. (H.244; H.245; H.246; H.247)



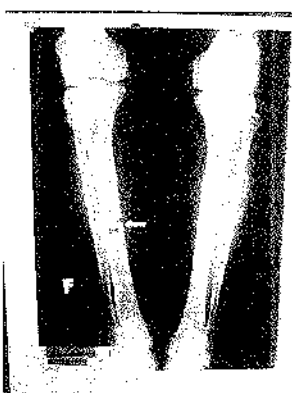
H244



H245



H246



H247

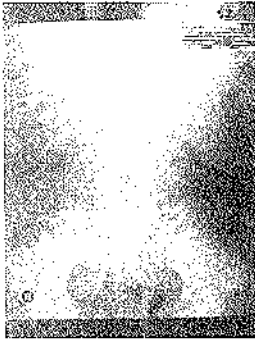
1. Hình ảnh X-quang chụp các vị trí đau cho thấy phần xương kết đặc xen lẫn các hốc sáng. Không có hình ảnh bủy xương, màng xương nguyên vẹn.

2. Tổn thương xuất hiện đã lâu ngày ở một bệnh nhân có tổn thương thận trầm trọng và mạn tính (siêu âm cho thấy 2 thận teo nhỏ). Một trong các tổn thương xương gặp trong bệnh thận là nhuyễn xương. Tuy nhiên, ở các phim X-quang này không phát hiện thấy đường Looser-Milkman. Cần xét nghiệm thêm các xét nghiệm trong bilan phát hiện bệnh nhuyễn xương. Có thể làm test calcitonin. Bảng dưới đây là kết quả test của bệnh nhân, cho thấy sau tiêm 24 giờ calci máu và phospho máu tăng và phosphatase kiềm giảm.

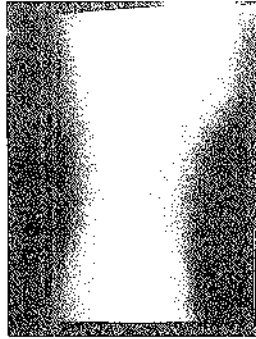
Thông số	Trước tiêm Miacalcic	Sau tiêm 50 đơn vị Miacalcic	
		Sau 6 giờ	Sau 24 giờ
Ca toàn phần (mmol/l)	1,91	1,59	2,1
Ca ion hóa (mmol/l)	0,87	0,74	0,97
Phospho (mmol/l)	1,96	1,8	2,1
Phosphatase kiềm (U/l)	1032	911	968

3. Điều trị của bệnh nhân này là cải thiện tình trạng suy thận kết hợp với 1 α -25 dihydroxycholecalciferol, calcitonin và các bổ sung calci.

Trường hợp 103. (H.248; H.249; H.250)



H248



H249



H250

1. Xét nghiệm có giá trị chẩn đoán là **d** - Huyết tủy đồ

2. Chẩn đoán đúng là: **b** - Tổn thương xương trong bệnh máu ác tính

3. H.248; H.249; H.250: phim X-quang cho thấy hình ảnh mất chất khoáng lan tỏa toàn bộ cột sống thắt lưng, khung chậu và đầu trên xương đùi hai bên. Các bề xương không rõ ràng. Đây là dạng hình ảnh tổn thương xương thường gặp trong các bệnh về máu.

Không nên chỉ định các hình thức chẩn đoán hình ảnh ở bệnh nhi này, do tổn thương lan tỏa, nếu có chỉ định chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ cũng không thấy rõ hơn các tổn thương xương.

Do tổn thương xương có mất chất khoáng rất rõ rệt, bilan

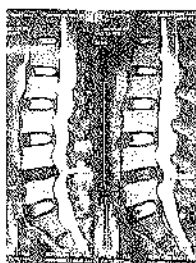
phospho calci bình thường nên những bệnh xương do chuyển hóa ít nghĩ tới. Tình trạng thiếu máu trầm trọng, sốt không đáp ứng với kháng sinh, cấy máu âm tính là các bằng chứng loại trừ cốt tủy viêm.

Mặc dù tế bào máu ngoại vi và triệu chứng lâm sàng không gợi ý bệnh lý về máu, song do hình ảnh tổn thương xương trên X-quang, bệnh nhi đã được xét nghiệm tủy đồ. Thực tế lần đầu, kết quả tủy đồ chỉ cho thấy hoại tử tủy xương. Xác định hướng chẩn đoán, bệnh nhi đã được chỉ định sinh thiết tủy xương và kết quả là bệnh bạch cầu cấp.

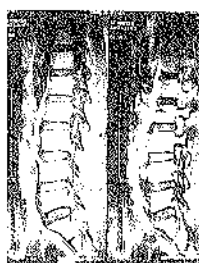
Trường hợp 104. (H.251; H.252; H.253; H.254)

1. H.251: xét nghiệm cận chỉ định là: **b** - Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng.

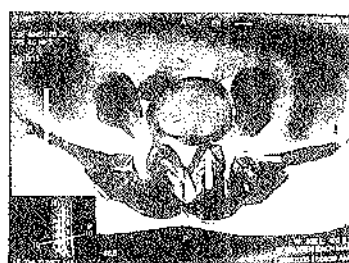
2. Chẩn đoán đúng là: **d** - Thoát vị đĩa đệm.



H252



H253



H254

3. H.251: cột sống thắt lưng vẹo trái tương ứng với lâm sàng. Vị trí đau và hội chứng chèn ép gợi ý một trường hợp đau thần kinh tọa trái do thoát vị đĩa đệm L5-S1. Tuy nhiên, trên phim X-quang quy ước không thấy hẹp khe đĩa đệm, lỗ liên hợp không hẹp, chỉ thấy một số các gai xương tại các thân đốt sống.

Nên lựa chọn cộng hưởng từ như một lựa chọn hàng đầu vì về mặt hình thái có thể thấy rõ vị trí thoát vị theo cả chiều dọc và chiều ngang. Ngoài ra còn có thể phát hiện được các tổn thương về cấu trúc dựa trên nguyên lý của chụp cộng hưởng từ.

H.252; H.253; H.254 cho thấy một thoát vị đĩa đệm L5-S1 trung tâm, lệch trái chèn ép lỗ liên hợp cùng bên, gây hẹp ống sống ngang mức (a). Đĩa đệm L3-L4 phồng nhẹ (b). Thoái hóa đĩa đệm L3-L4 và L5-S1 (giảm tín hiệu trên T2W và đồng tín hiệu trên T1W) (c). Trên phim chụp cộng hưởng từ cũng thấy rõ các mỏ xương L2, L3; L4 như trên phim X-quang quy ước.

Trường hợp 105. (H.255; H.256; H.257; H.258)

1. Xét nghiệm có giá trị chẩn đoán là:

- a) Chụp cắt lớp vi tính cột sống thắt lưng
- hoặc b) Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng

2. Chẩn đoán đúng là: **b** - Thoát vị đĩa đệm

3. Các thuốc hoặc phương pháp có chỉ định điều trị ở bệnh nhân này là:

- b) Thuốc giãn cơ (Myonal; Mydocalm...)
- c) Thuốc chống viêm không steroid
- e) Phẫu thuật
- g) Thuốc giảm đau (paracetamol...)



H256



H257



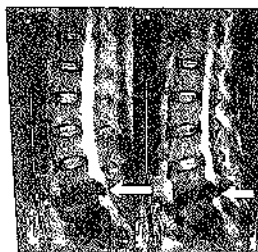
H258

4. H.255: hình ảnh thoái hóa cột sống thắt lưng với các gai xương không có gì đáng chú ý ngoài lỗ liên hợp L5-S1 và đĩa đệm tương ứng giảm chiều cao.

H.256; H.257; H.258: thoái vị đĩa đệm L5-S1 kiểu trung tâm, lệch phải. Khối thoát vị rất lớn, chiếm cả chiều cao của đốt sống S2, chèn ép phần tủy ngang mức, gây hẹp ống sống rõ rệt.

Do tình trạng lâm sàng bệnh nhân ở thể tăng đau (hyperalgie), kết hợp với tổn thương trầm trọng trên phim chụp cộng hưởng từ, trường hợp này có chỉ định phẫu thuật.

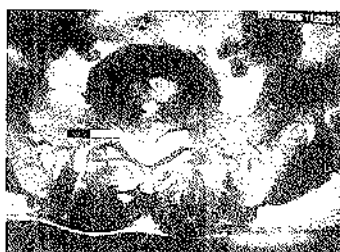
Trường hợp 106. (H.259; H.260; H.261)



H259



H260



H261

1. Các thuốc hoặc phương pháp có chỉ định trong điều trị bệnh nhân này:

e) Bơi

g) Thực hiện các biện pháp “tiết kiệm cột sống thắt lưng” (tránh cúi, tránh các động tác xấu...)

2. H.259; H.260; H.261: thoát vị đĩa đệm L5-S1 trung tâm lệch phải, khối thoát vị rất lớn, chèn ép phần tủy ngang mức, gây hẹp ống sống rõ rệt.

Trường hợp này hầu như không có triệu chứng lâm sàng nên

mặc dù có khối thoát vị rất lớn trên phim chụp cộng hưởng từ, không cần phải điều trị, càng không có chỉ định phẫu thuật. Tuy nhiên, cần tránh các tư thế xấu (cúi, vận cột sống thắt lưng...), nên bơi.

Trường hợp 107. (H.262; H.263; H.264; H.265)



H262



H263



H264



H265

1. H.262: cột sống thắt lưng vẹo trái do tư thế giảm đau. Hình ảnh hẹp khe đĩa đệm, kết đặc khe liên đốt và rất nhiều gai xương.

H.263; H.264; H.265: đĩa đệm L2-L3 thoát vị ra sau, lệch trái. Đĩa đệm L3-L4 và L4-L5 lệch trái, gây hẹp ống sống cùng mức. Đĩa đệm L5-S1 phẳng nhẹ, không gây hẹp ống sống.

Thoái hóa đĩa đệm L2-L3; L4-L5 và L5-S1 (giảm tín hiệu trên T2W và đồng tín hiệu trên T1W) và các mô xương tại các rìa thân đốt sống.

Phía dưới thân L2 và trên thân L3 có hình ảnh thoát vị vào trong thân đốt sống (a) (thoát vị nội xóp). Đây chính là hình ảnh không liên quan gì tới các triệu chứng lâm sàng về đau thần kinh tọa.

2. Thoát vị vào thân đốt sống là di chứng của Scheuermann thể nhẹ mà bệnh nhân mang từ thời niên thiếu, không cần phải điều trị.

Trường hợp 108. (H.266)

1. Câu trả lời là f - Không cần thêm bất cứ một xét nghiệm nào, chỉ cần X-quang quy ước là đủ chẩn đoán xác định tổn thương D4.

2. Chẩn đoán tổn thương D4 là: tật nửa đốt sống.



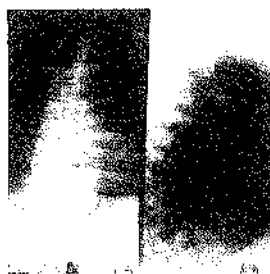
H266

Trường hợp 109. (H.267; H.268; H.269; H.270; H.271; H.272)

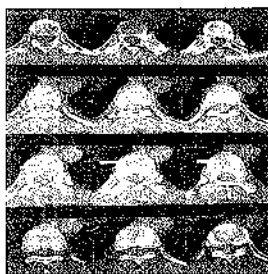
1. H.267: câu trả lời là f – Không cần thêm bất cứ một xét nghiệm nào, chỉ cần X-quang quy ước là đủ chẩn đoán xác định tổn thương D9.

2. H.267: có thể thấy rõ tổn thương tại D9 là tật nửa đốt sống.

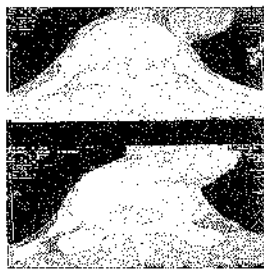
Bệnh nhân này đã được chụp thêm cả phim cắt lớp vi tính lẫn chụp cộng hưởng từ.



H267

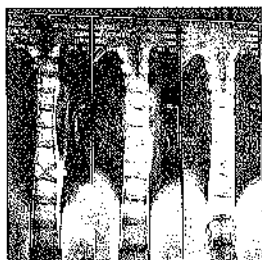


H268



H269

H.268; H.269 là phim chụp cắt lớp vi tính, được mô tả là “thân D9 xếp hình chêm, có hình ảnh khuyết xương ở vùng xóp, thông qua 2 bản xương và bờ trước trên của thân đốt sống kèm viền đặc xương rõ, cấu trúc xung quanh thân đốt sống bình thường. Kết luận: lún thân đốt sống trên bất thường bẩm sinh thân đốt sống chẽ đôi không hoàn toàn. Rõ ràng cắt lớp vi tính không cho kết quả hơn gì hình ảnh X-quang quy ước.



H270



H271



H272

H.270; H.271; H.272: là phim chụp cộng hưởng từ ở bệnh nhân này, cũng không kết luận được gì khác. Hình ảnh chụp cộng hưởng từ xác nhận rõ không có tổn thương tủy, phần mềm xung quanh, trong khi lâm sàng đã có thể khẳng định được dị tật bẩm sinh nửa thân đốt sống. Đây cũng không phải nguyên nhân gây đau cột sống của bệnh nhân.

3. Phương pháp có chỉ định ở bệnh nhân này là: b, c: cho đến khi hết đau.

Trường hợp 110. (H.273)

1. Các xét nghiệm có giá trị chẩn đoán là:

- a) Siêu âm khớp háng
- c) Phản ứng Mantoux
- e) Bilan viêm

h) Chọc hút dịch khớp háng

làm xét nghiệm (tế bào, vi khuẩn...) nếu có dịch.

2. Chẩn đoán đúng là e - Viêm khớp háng nghi ngờ do lao

3. Có thể thấy rõ tổn thương viêm khớp trên phim X-quang khớp háng phải: hẹp khe khớp, hủy xương về hai phía. Khớp háng trái bình thường. Khớp cùng chậu hai bên bình thường. Kết hợp triệu chứng lâm sàng, gợi ý viêm khớp háng phải do lao. Cần thiết xét nghiệm bilan lao để xác định chẩn đoán.



H273

Trường hợp 111. (H.274; H.275)

1. Các xét nghiệm có giá trị chẩn đoán là:

c) Phản ứng Mantoux

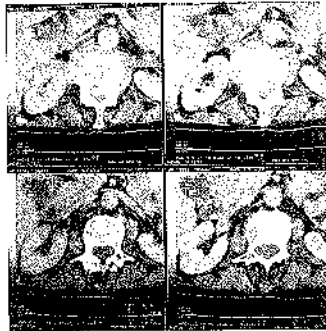
f) Chụp cắt lớp vi tính cột sống thắt lưng

g) Chọc hút dịch tại đốt sống tổn thương làm xét nghiệm (tế bào, vi khuẩn...)

2. Chẩn đoán có thể là: b - Viêm đĩa đệm đốt sống do lao (lao cột sống).



H274



H275

3. H.274: trên phim thẳng thân L1 xẹp, khe đĩa đệm L1-L2 hẹp. Trên phim nghiêng, nửa thân L1 gần bị tiêu mất, khe đĩa đệm hẹp. Không có hình ảnh áp xe phần mềm cạnh thân đốt sống trên phim X-quang quy ước.

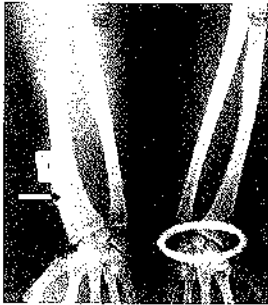
H.275: chụp cắt ngang L1 cho thấy phần hủy thân L1 khối áp xe phần mềm có calci hóa. Đây là các hình ảnh rất gợi ý một viêm đĩa đệm đốt sống do lao (lao cột sống). Tuy nhiên, muốn chắc chắn, cần xét nghiệm bilan lao để khẳng định.

Thực tế, bệnh nhân này đã được chọc hút tế bào tại thân L1 và các xét nghiệm tế bào học và PCR với BK đã khẳng định chẩn đoán viêm đĩa đệm đốt sống do lao (lao cột sống).

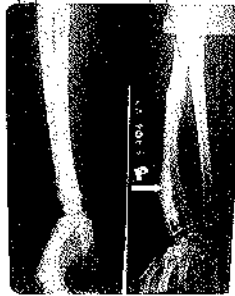
Trường hợp 112. (H.276; H.277; H.278)

1. Chẩn đoán đúng là: **f** - Bệnh xương nến (Melorheostosis)

2. H.276; H.277; H.278: hình ảnh kết đặc một phần của một số xương, hình ảnh giống như các giọt nến chảy dài theo thân cây nến (a) do đó còn được gọi là bệnh xương nến (Melorheostosis). Tại đầu xương cánh tay phải, có các khối kết đặc khá tròn (b); khe khớp bình thường.



H276



H277



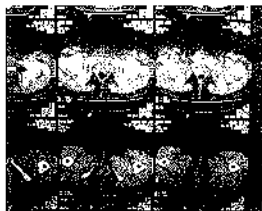
H278

Đây là một trong các bệnh rối loạn mật độ xương di truyền thuộc nhóm kết đặc, có các bất thường tại bề xương. Các tổn thương thường gặp ở các xương cánh tay, xương trụ hoặc xương bàn ngón tay 4,5. Bệnh thường được phát hiện ở người lớn. Tiến triển thường chậm, đôi khi ổn định, không có biến chứng gãy xương. Có một số trường hợp nặng lên do biến dạng xương trầm trọng, bệnh nhân đau và hạn chế vận động khớp. Một số trường hợp chỉ có thể dài ra hoặc hiếm hơn, ngăn lại làm bệnh nhân khó đi lại.

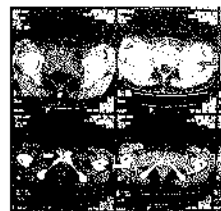
Trường hợp 113. (H.279; H.280; H.281)



H279



H280



H281

1. H.279: các xét nghiệm có giá trị chẩn đoán phân biệt là:
 - a) Xạ hình xương (scintigraphy)
 - d) Bilan phospho-calci

e) Bilan viêm

2. Chẩn đoán đúng là: c - Xương lôm đốm (Osteopoikilosis)

3. H.279: trên phim X-quang có rất nhiều ổ kết đặc lan tỏa tại đầu trên xương đùi hai bên, ngành ngồi háng; ngồi mu. Các ổ kết đặc tròn, ranh giới rõ.

Trên thực tế bệnh nhân đã được chụp cắt lớp vi tính (H.280; H.281) phim chụp cắt lớp vi tính của bệnh nhân cho thấy các ổ kết đặc nằm trong thân xương (cổ xương đùi, khung chậu) - tại các vị trí đã có thể thấy trên phim X-quang quy ước. Do đó không cần thiết phải chỉ định chụp phim cắt lớp vi tính.

Trường hợp 114. (H.282)

1. H.282: chẩn đoán đúng là e - Cốt tủy viêm mạn tính hay còn gọi là viêm xương tủy mạn tính hay còn gọi là viêm xương tủy mạn tính.

2. Các thuốc hoặc phương pháp có chỉ định điều trị ở bệnh nhân này là:

d) Kháng sinh

e) Phẫu thuật nạo vét tổn thương



H282

Trường hợp 115. (H.283; H.284)

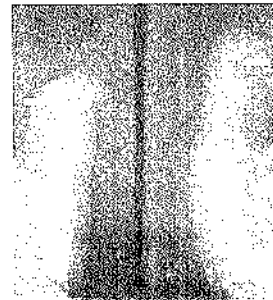
1. H.283; H.284: các xét nghiệm có giá trị chẩn đoán là:

c) Chọc hút dịch tại tổn thương làm xét nghiệm (tế bào, vi khuẩn...)

e) Bilan viêm

g) Cây máu

2. Chẩn đoán đúng là: d - Cốt tủy viêm



H284

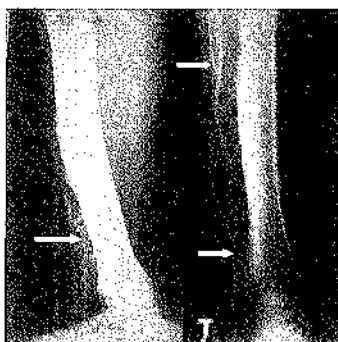
Trường hợp 116. (H.285; H.286; H.287; H.288; H.289; H.290)

1. H.285; H.286; H.287; H.288; H.289: các xét nghiệm có giá trị chẩn đoán:

c) Bilan phospho-calcii

d) Bilan viêm

2. Chẩn đoán đúng là: c – Di chứng sau phẫu thuật cắt bỏ phần dưới xương mác.



H287



H290

3. Trên thực tế, nếu quan sát kỹ các phim X-quang quy ước năm 2004 – H.287; năm 2005 – H.288 và năm 2006 – H.289 đã có thể thấy các tổn thương. Tại 1/3 dưới cẳng chân trái có các điểm calci chạy dọc theo vị trí của xương mác bị cắt bỏ, các phần này dường như không đổi theo thời gian. Đó là viêm cơ cốt hóa (myositis ossifiante). Phần mềm cơ cẳng chân cũng không thấy bất thường. Tình trạng thiếu máu là do xuất huyết tiêu hóa chứ không phải do tổn thương ác tính. Số lượng bạch cầu bình thường và tình trạng lâm sàng chứng tỏ tình trạng viêm đã ổn định.

Trường hợp 117. (H.291; H.292; H.293; H.294; H.295)

1. Các xét nghiệm có giá trị chẩn đoán là:

- a) Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng
- b) Xạ hình xương (scintigraphy)
- d) Bilan phospho-calci



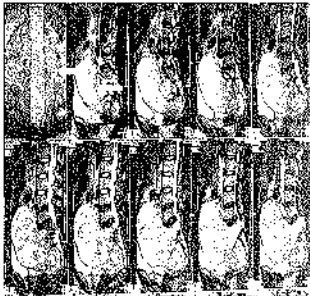
H291



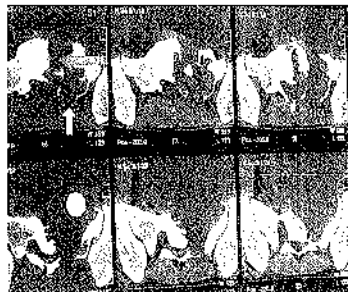
H292



H293



H294

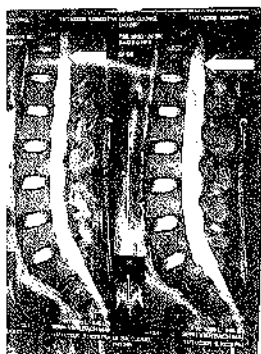


H295

2. H.291; H.292: X-quang khung chậu cho thấy một ổ hủy xương lớn ở bờ trên xương cùng bên trái, sát bờ dưới thân đốt L4.

H.293; H.294; H.295: khối choán chỗ khổng lồ, xuất phát tủy sống có cường. Chẩn đoán có thể là u nguyên sống hoặc neurinoma. Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật là neurinoma.

Trường hợp 118. (H.296; H.297; H.298; H.299)



H296



H297



H298



H299

1. H.296; H.297; H.298; H.299: chẩn đoán đúng là: c – U thần kinh (Neurrimoma).

2. Phương pháp điều trị triệt căn ở bệnh nhân này là a – Phẫu thuật.

3. Phía trong ống sống, ngoài cột tủy, ngang mức thành sau D12 có một khối u kích thước 3,8x1,6 cm. Tổn thương ở phía bên ngoài cột tủy đẩy chèn vùng nón tủy sang trái. Khối u đồng tín hiệu trên T1 và tăng tín hiệu trên T2. Khối u ngấm thuốc rõ,

dù ngấm thuốc không đều, phần không ngấm thuốc ở cực dưới khối u có tăng tín hiệu ở T2 ngang với tín hiệu của dịch. Cột tủy ngừng ở L1-L2. Hình ảnh khối u ở trong ống sống, ngoài tùy gợi ý một neurinoma.

Trường hợp 119. (H.300; H.301; H.302; H.303; H.304; H.305; H.306; H.307; H.308; H.309)

1. H.300; H.301; H.302; H.303; H.304: các xét nghiệm bắt buộc phải chỉ định nhằm mục đích chẩn đoán là:

a) Phản ứng Mantoux

e) Bilan viêm

g) Chọc hút dịch tổn thương làm xét nghiệm (tế bào, vi khuẩn...)

2. Chẩn đoán đúng là f – Tổn thương khác.

3. H.302; H.303; H.304: có hai loại tổn thương: thân L2 xẹp, khe đĩa đệm L1-L2 hẹp nhẹ, hẹp không đều (phía trước hẹp hơn phía sau), mâm trên L2 và mâm dưới L1 đặc. Đây chính là di chứng của chấn thương, gây tổn thương xẹp đốt sống và hiện có các dấu hiệu của thoái hóa thứ phát. Ngoài ra, có tổn thương khác tại đốt sống D11 và D12 xẹp, khe khớp hẹp, hủy xương về hai phía của hai thân đốt sống này. Đây chính là tổn thương điển hình của viêm đĩa đệm đốt sống. Kết hợp với triệu chứng lâm sàng, có thể nghĩ đến nguyên nhân do lao.

Các tổn thương hình ảnh này có thể phát hiện được ngay trên phim X-quang quy ước, không cần thiết phải thực hiện các phương pháp chẩn đoán hình ảnh cao cấp hơn.

4. H.305; H.306; H.307; H.308; H.309: chụp cộng hưởng từ với mục đích phát hiện các tổn thương tủy, phần mềm mà ở phim X-quang quy ước không thể thấy được. So sánh hình ảnh trên chụp cộng hưởng từ, có thể thấy rõ rằng các tổn thương đã phân tích ở trên khó phát hiện hơn. Đó chính là lý do làm người đọc phim này chẩn đoán là K di căn xương. (H.308: Cắt qua D11-D12); H.309: Cắt qua L2).

Trên thực tế, bệnh nhân này đã được chọc hút tổn thương ở L11-L12 và kết quả giải phẫu bệnh là tổ chức có các hoại tử bã đậu, có nhiều tế bào bán liên và mô xương thoái hóa. Kết luận: tổn thương lao.

Trường hợp 120. (H.310; H.311; H.312; H.313; H.314)

1. Các xét nghiệm có giá trị chẩn đoán là:

- a) Siêu âm khớp háng - Phát hiện dịch khớp, (xác định tình trạng viêm)
- b) Xạ hình xương (scintigraphy) - Xác định tình trạng viêm tại khớp
- d) Chụp cắt lớp vi tính khớp cùng chậu - khớp háng - Phát hiện tổn thương đầu xương dưới sụn; dịch khớp
- e) Bilan viêm: định hướng nhóm khớp viêm hoặc không viêm
- f) HLA-B27 - gợi ý viêm cột sống dính khớp

2. Chẩn đoán đúng là:

- a) Viêm cột sống dính khớp

3. Mặc dù bilan viêm âm tính, song hình ảnh X-quang quy ước cho thấy tình trạng viêm khớp háng hai bên: hẹp khe khớp,

có các hốc dưới sụn (rõ ở bên phải).

H.311: khe khớp háng hai bên hẹp nhẹ, có tràn dịch.

H.312: khe khớp cùng chậu hai bên dường như bình thường, chỉ phần dưới khớp cùng chậu phải hẹp nhẹ, đặc xương dưới sụn và có hình khuyết nhỏ.

H.313: xạ hình xương (scintigraphy): tăng nhẹ tập trung xạ ở khớp háng hai bên trên cả 3 pha.

H.314: tăng tập trung xạ tại sụn tiếp hợp các khớp tương ứng theo lứa tuổi.

Như vậy, mặc dù hội chứng viêm âm tính (tốc độ máu lắng bình thường, không có thiếu máu), song bệnh nhân đau kiểu viêm, nên xét nghiệm thêm CRP. Các xét nghiệm chuyên sâu như phim chụp cắt lớp vi tính và Xạ hình xương (scintigraphy) đã cho phép xác định khớp háng và khớp cùng chậu viêm. Mặc dù bệnh nhân không đau cột sống thắt lưng rõ rệt, song các yếu tố gợi ý chẩn đoán viêm cột sống dính khớp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Hoàng Kỳ (1995), Chẩn đoán X-quang và hình ảnh y học: 145-148.
2. Trịnh Văn Quang (2002), Bách khoa thư ung thư học, NXB Y học: 7-21.

TIẾNG ANH

3. Adler C. P. Osteoscleroses (1989). Bone Disease - Springer: 100-111.
4. Althoman, Memish (2001), Tuberculous spondylitis: analysis of 69 cases from Saudi Arabia, Spine, Dec 15; 26(24), pp: 565-570.
5. Andersson GBJ (1999), Epidemiological features of chronic low-back pain, Lancet: 1999, 254, 581-585.
6. Andersson GBJ. The epidemiology of spinal disorders, In: Frymoyer JW, ed. The adult spine: principles and practice, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997:93-141.
7. Backer D.A, Mortelet KJ, Vans chou broeck IJ, Deeren D, Vanhoenack FM, De Keulennaer B., Boman S, "Tuberculosis of the spine : CT and MR Imaging features" JBR-BTR, 2005 Mar; pp. 92-97.
8. Barlogie. B (1995) Plasma cell Myeloma. Williams hematology 5th edition: 1109-1123.
9. Battiston MJ, Manaster BJ, Reda DJ, Clegg DO (1999). The prevalence of sacroiliitis in psoriatic arthritis: new perspectives from a large, multicenter cohort. A Department of Veterans Affairs Cooperative Study. Skeletal Radiol 1999; 28: 196-201.
10. Bergragel D.E (1990) Plasma cell Myeloma. Hematology 5th edition, p. 1097-1138.

11. Bontoux D, Codello F, Lambert de Cursay G, Azais I, Alcalay M. "Infectious spondylodiscitis: analysis of a series of 105 cases [in French]". Rev Rhum Mal Osteo 1992; pp.234-247.
12. Carragee E.J Persistent, Low back pain, N Engl Med 2005; 352: 1891-8.
13. Carragee EJ, Kim DH (1997), "A prospective analysis of magnetic resonance imaging findings in patients with sciatica and lumbar disc herniation. Correlation of outcomes with disc fragment and canal morphology", Spine, 1997 Jul 15; 22(14): 1650-60.
14. Coleman. RE, Rubens. RD (2000), Bone Metastase, Clinical Ocology: 836-849.
15. Cusmano F, Calabrese G, Bassi S, Brani Slav S, Bassi P, "Radiologic diagnosis of Spondylodiscitis' role of Magnetic Resonance", Radiol Med (torino). 2000 sep; pp. 112-119.
16. Dahan H, Arrive L, Wendum D, le Pointe HD, Djouhri H, Tubiana JM. Retrorectal developmental cysts in adults; clinical and radiologic-histopathologic review, differential diagnosis, and treatment. Radiographics 2001 May-Jun; 21(3): 575-84.
17. Gisele Zandman-Goddard, Hedi Orbach & Yehuda Shoenfeld (2005) "Novel approaches to therapy for systemic lupus erythematosus: update 2005". Expert Review of Clinical Immunology Jul 2005, Vol. 1, No. 2: 223-238.
18. Gorse GJ, Pais MJ, Kusle JA: Tuberculous spondylitis: "A report of six cases and a review of the literature". Medicine, 1983, pp. 178-193.
19. Griffiths, "tuberculosis of the spine", areview. Adv. Tubero.Res, 1980; pp. 92-110.
20. Harris E.D (1993) "Clinical feature of RA, Textboook of Rheumatology" 4th Edition Vol 1, WB Saunders company: 874-911.
21. Hidalo-Ovejero AM, Garcia-Mata S, Sanchez-Villares JJ,

- Lasanta P, Izco-Cabezon T, Martinez-Grande M (2003), "L5 root compression resulting from an L2-L3 disc herniation", *Am J Orthop.* 2003 Aug; 32 (8); 392-4.
22. Janssens, J.P, Dehaller R: Spinal tuberculosis in developed country; a Review of 26 cases with special emphasis on abscesses and neurologic complication. *Clin. Orthop*,1990, pp. 67-75.
23. Kelly W.N, Wortmann R.L (1998): "Gout and Hyperuricemia", *Textbook of Rheumatology*, fifth edition, volume 1. W.B.Saunders company: 1316.
24. Kiran N. and Tauny S. (2004) "Juvenile idiopathic arthritis" *Rheumatology Highlights 2003-2004*. Heath Press: 70-80.
25. Koopman WJ Boulware D.W. Heudebert G.R.(2003) "Systemic Lupus Erythematosus". *Clinical Primer of Rheumatology*, Lippincott Williams & Wilkins – 2003:164-170.
26. Latinis K.M. (2004) "Rheumatoid Arthritis" *The Washington Manual*™ Lippincott Williams & Wilkins -2004: 77-84.
27. Lipsky (2002), *Rheumatoid Arthritis*, 15th edition, *Harrison's Manual of Medicine* McGraw-Hill, 1928-37.
28. Longo D.L (1994) Plasmacell disorders. *Harrison's principles of internal Medicine* 3rd edition, p.1618-1625.
29. Lucio E. Adesokan A., Wayne A.N. (1999), *Pyogenic Spondylodiskitis: " A Raido, pathology and Labotory Medicine: Vol. 124, No.5,pp. 712-716.*
30. Morillo-Leco G, Alcaraz-Rousselet MA, Diaz-Borrego P, Saenz-Ramirez L, Artime C, Labarta-Bertol C, 2003, "Clinical characteristics of spinal cord injury caused by infection", *Rev Neurol*, 2005 Aug 16-31; 41(4): 205-8.
31. Muray. I.P.C (1998), *Bone Scintigraphy*, Vol 2, *Nuclear Medicine in clinical Diagnosis and Treatment*: 1125-1149.
32. Ouakes M, Mortini M, : "tuberculosis of the spine". *Tuberculosis*

- of the bones and joint, 1988, pp. 157-200.
33. Perronne C, Saba J, Behloul Z, Salmon-Ceron D, Leport C, Vilde JK, Kahn MF (1994): pyogenic and tuberculous spondylodiskitis in 80 adult patients, *clin infect Diseases*; pp. 746-750.
 34. Polk J.R and Kagen J.L (2000), *Muscle Pain and Weakness, Manual of Rheumatology and Outpatient Orthopedic Disorders 4th edition* Lippincott Williams & Wilkins, 63-72.
 35. Salmon J.E. and Kimberly R.P. (2000) "Systemic Lupus Erythematosus". *Manual of Rheumatology and Outpatient Orthopedic Disorders 4th edition* Lippincott Williams & Wilkins-2000: 236-251.
 36. Sterback G, Percivall Pott: Tuberculosis spondylitis. *J – Emerg – Med*, 1996; pp. 79-83.
 37. Taylor WJ, Marchesoni A, Arreghini M, Sokol K, Helliwell PS. (2005). A comparison of the performance characteristics of classification criteria for the diagnosis of psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum*. 2005.
 38. Thomas J.A. Lehman (2000) "Childhood Rheumatic Diseases" *Manual of Rheumatology and Outpatient Orthopedic Disorders, 4th edition*, Lippincott Williams & Wilkins – 2000: 172 – 180.
 39. Velazquez C.R. (2004) "Systemic Lupus Erythematosus", *Rheumatology Subspecialty Consult, The Washington ManualTM* Lippincott Williams & Wilkins – 2004: 92-99.
 40. Weaver P, Lifeso RM: "the Radiological diagnosis of tuberculosis of the adult". *Skeletal radiol*, 1984, pp: 346-352.

TIẾNG PHÁP

41. Langeupin A; Peyrou P.L.; Houcke. M. (1980) *Maladie exostosante et exostose ostéogénique solitaire*. *Encycl. Méd-*

- Chir. Paris, Appareil locomoteur, 1430 C 20, 11-1980: 1-17.
42. Delanhaye R.P, Metges P.S. (1969). Articulations sacro – iliaque – Technique radiologique et aspects normaux. Radio diagnostic squelet normal 2. Encyd. Méd. Chir: 30270 A10 1-16.
 43. Simon L. Blotman F. Claustre J. (1977) Rhumatologie 2 e édition Masson.
 44. Tubiana N (1993) Myéloma Multiple. Hematology, p. 251-256.

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

Địa chỉ: Số 352 - Đội Cấn - Ba Đình - Hà Nội

Email: xuatbanyhoc@fpt.com.vn

Điện thoại: 04.3 762 5934 - Fax: 04.3 762 5923

Chịu trách nhiệm xuất bản

Tổng giám đốc

CHU HÙNG CƯỜNG

Chịu trách nhiệm nội dung

Phó Tổng biên tập

BSCKI, NGUYỄN TIẾN DŨNG

Biên tập: BS. Nguyễn Tiến Dũng

Sửa bản in: BS. Nguyễn Tiến Dũng

Trình bày bìa: Xuất Bản Trẻ

Ki vi tinh: Xuất Bản Trẻ

Đơn vị liên kết:



In 700 cuốn, khổ 14,5 x 20,5 cm tại Xưởng in Tổng Cục kỹ thuật:

Tổ 15, Định Công, Hoàng Mai, Hà Nội.

Số đăng ký kế hoạch xuất bản: 2071-2015/CXBIPH/1-94/YH

Số QĐ xuất bản: 284/QĐ-XBYH ngày 01 tháng 09 năm 2015.

In xong và nộp lưu chiểu quý III năm 2015. ISBN: 978-604-66-1348-0