

7. Brunet-Possenti F, Steff M, Marinho E, Crickx B, Descamps V. [Stevens-Johnson syndrome concurrent with primary Epstein-Barr

virus infection]. Ann Dermatol Venereol. 2013; 140(2): 112-115. doi:10.1016/j.annder.2012. 10.590

ĐÁNH GIÁ XỬ TRÍ CÁC TRƯỜNG HỢP RA NƯỚC ỒI Ở THAI NON THÁNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN NAM ĐỊNH

Nguyễn Bích Hồng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả về xử trí các trường hợp ra nước ối ở thai non tháng tại Bệnh viện Phụ Sản Nam Định. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 127 sản phụ ra nước ối có tuổi thai từ 22 tuần 6 ngày đến 36 tuần 6 ngày, từ tháng 01/2024 đến tháng 06/2024 tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định. **Kết quả:** Có 48% số trường hợp điều trị giữ thai; 28,4% số ca được gây chuyển dạ và 22,0% số ca có chỉ định mổ lấy thai; chỉ 1,6% số ca chuyển dạ tự nhiên. Điều trị nội khoa giữ thai chủ yếu ở nhóm tuổi thai dưới 32 tuần (chiếm 67,2%); nhóm tuổi thai từ 35 tuần đến 36 tuần 6 ngày chủ yếu được gây chuyển dạ và mổ lấy thai (chiếm 73,7% và 53,6). Thời gian giữ thai trung bình là $5,67 \pm 10,76$ ngày. Đa số các trường hợp có chỉ định gây chuyển dạ, thực hiện trong vòng 6 đến 12 giờ kể từ khi ra nước ối (chiếm 80,6%). **Kết luận:** Những trường hợp ra nước ối ở thai non tháng được xử trí tích cực ở Bệnh viện Phụ sản Nam Định; chủ yếu điều trị giữ thai ở nhóm tuổi thai dưới 32 tuần; phần lớn những trường hợp có chỉ định gây chuyển dạ, tiến hành trong khoảng từ 6-12 giờ kể từ khi ra nước ối.

Từ khóa: ối vỡ non, thai non tháng.

SUMMARY

EVALUATION OF MANAGEMENT PRETERM RUPTURE OF MEMBRANES FETUSES AT NAM DINH OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objective: Describe the treatment of preterm premature rupture of membranes (PPROM) fetuses at Nam Dinh Obstetrics and Gynecology Hospital. **Subjects and methods:** Retrospective cross-sectional study on 127 pregnant women with PPRM in gestational age from 22 weeks 6 days to 36 weeks 6 days, from January 2024 to June 2024 at Nam Dinh Obstetrics and Gynecology Hospital. **Results:** 48% of cases were treated to maintain pregnancy; 28.4% of cases were induced, and 22.0% of cases were indicated for cesarean section; only 1.6% of cases had spontaneous labor. Medical treatment to maintain pregnancy was mainly used in the gestational age group under 32 weeks (accounting for 67.2%); the gestational age group from 35 weeks to 36 weeks and

6 days mainly received induced labor and cesarean section (accounting for 73.7% and 53.6). The average duration of pregnancy retention was 5.67 ± 10.76 days. Most cases with indications for induction of labor were performed within 6 to 12 hours after rupture of membranes (80.6%). **Conclusion:** Cases of PPRM were actively treated at Nam Dinh Obstetrics and Gynecology Hospital, mainly treatment to maintain pregnancy in the gestational age group under 32 weeks; most cases with indications for induction of labor were performed within 6 to 12 hours of rupturing membranes. **Keywords:** Premature rupture of membranes (PROM), preterm.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ối vỡ non trên thai non tháng thường để lại biến chứng nặng nề cho cả sản phụ và thai nhi. Tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh khoảng 3% ở những trường hợp ối vỡ trên thai 28 đến 31 tuần [1]. Thái độ xử trí các trường hợp ối vỡ non trên thai non tháng còn chưa thống nhất. Tỷ lệ biến chứng trên trẻ sơ sinh tỷ lệ nghịch với tuổi thai nên giữ thai thêm có thể giảm biến chứng cho thai non tháng nhưng mặt khác lại làm tăng nguy cơ nhiễm trùng. Do đó, chỉ định ngừng thai nghén ở thời điểm nào để mang lại kết quả tốt nhất cho cả mẹ và thai còn là vấn đề chưa được làm rõ. Trên thực tế lâm sàng, tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định (PSND), thường gặp những ca ối vỡ non (kể cả rỉ ối) ở thai non tháng. Việc tìm hiểu xử trí những trường hợp ra nước ối ở thai non tháng là cần thiết, để các bác sĩ lâm sàng có cái nhìn tổng quan hơn về một vấn đề quan trọng trong thực hành sản khoa. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài “Nhận xét về xử trí các trường hợp ra nước ối ở thai non tháng tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định” với mục tiêu: *Mô tả về xử trí các trường hợp ra nước ối ở thai non tháng tại Bệnh viện Phụ Sản Nam Định.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Các trường hợp được chẩn đoán ra nước ối trên sản phụ có thai từ 22 tuần 6 ngày đến 36 tuần 6 ngày:

- Chưa chuyển dạ (cổ tử cung đóng kín, lọt ngón tay hoặc Bishop < 6 điểm)
- Có một thai trong buồng tử cung.
- Thai không phát hiện bất thường trong

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bích Hồng

Email: nguyenvichhongnb@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025

Ngày duyệt bài: 23.4.2025

quá trình khám thai.

- Sản phụ không có các bệnh lý nội khoa: tim mạch, nội tiết,...

- Không có dị dạng sinh dục

Ra nước ối dựa trên tiêu chuẩn: Khám bằng mỏ vịt thấy có nước ối chảy ra từ cổ tử cung, đọng ở túi cùng sau âm đạo.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Những hồ sơ không được ghi chép rõ ràng, không đầy đủ thông tin về mẹ và tình trạng sơ sinh sau đẻ.

- Những hồ sơ không đủ xét nghiệm theo yêu cầu lựa chọn.

- Bệnh nhân chuyển tuyến lên tuyến trên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Mô tả cắt ngang hồi cứu

2.2.2. Cỡ mẫu trong nghiên cứu

Theo công thức tính cỡ mẫu:

$$n = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 \cdot p \cdot q}{(p \cdot \varepsilon)^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu

- $\alpha = 0,05$, tương đương với độ tin cậy = 95%. Tra bảng giá trị $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

- $p = 0,755$ lấy theo nghiên cứu của Phạm Văn Khương năm 2008 [2], tỷ lệ mổ lấy thai trong số các trường hợp ối vỡ non trên thai non tháng tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương

- $q = 1-p = 1 - 0,755 = 0,245$.

- p, ε : sai số, lấy sai số cho phép bằng 10% giá trị $p, \varepsilon = 0,1$.

Thay vào công thức ta có $n = 125$.

Như vậy, chúng tôi lấy mẫu là toàn bộ các trường hợp ra nước ối trên thai non tháng nhập viện tại khoa Sản, khoa Đẻ, khoa Hồi sức cấp cứu từ 01/01/2024, đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ, cho đến khi đủ cỡ mẫu.

2.2.3. Các biến số trong nghiên cứu

- Thông tin chung của sản phụ: tuổi thai, thời điểm ra nước âm đạo, thời điểm vào viện

- Hướng điều trị ban đầu: điều trị nội, gây chuyển dạ, hay mổ lấy thai.

- Thời gian điều trị nội khoa giữ thai

- Thời điểm gây chuyển dạ, thời điểm mổ lấy thai

2.2.4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Phụ Sản Nam Định từ ngày 01/01/2024 đến 01/06/2024, tại khoa Sản, khoa Đẻ, khoa Hồi sức cấp cứu.

2.3. Quản lý và phân tích số liệu.

Tất cả các số liệu được ghi lại trong mẫu hồ sơ nghiên cứu và nhập vào phần mềm SPSS 20.0 để phân tích và xử lý số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Hướng xử trí của những trường hợp ra nước ối ở thai non tháng:

Có 48% số trường hợp ra nước ối ở thai non tháng được điều trị giữ thai. Tỷ lệ được gây chuyển dạ là 28,4%; mổ lấy thai là 22% và 1,6% số ca chuyển dạ tự nhiên.

Bảng 3.1. Phân bố hướng xử trí theo các nhóm tuổi thai

Hướng xử trí	Nhóm tuổi thai				
	22 tuần 6 ngày đến hết 27 tuần	28 đến 32 tuần	33 đến 34 tuần	35 đến 36 tuần 6 ngày	Tổng
Điều trị nội	12(19,7%)	29(47,5%)	13(21,3%)	7(11,5%)	61(100%)
Gây chuyển dạ hoặc chuyển dạ tự nhiên	3(7,9%)	2(5,3%)	5(13,1%)	28(73,7%)	38(100%)
Mổ lấy thai	0(0%)	5(17,9%)	8(28,5%)	15(53,6%)	28(100%)
Tổng	15(11,8%)	36(28,3%)	26(20,5%)	50(39,4%)	127(100%)

Nhận xét: Với nhóm điều trị nội khoa giữ thai, chủ yếu ở nhóm tuổi thai dưới 32 tuần, chiếm 67,2%. Gây chuyển dạ hoặc chuyển dạ tự nhiên và mổ lấy thai chiếm phần lớn ở nhóm tuổi thai 35 tuần đến 36 tuần 6 ngày (73,7% và 53,6%).

Bảng 3.2. Thời gian giữ thai thêm của nhóm điều trị nội

Thời gian giữ thai thêm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Trong vòng 24 giờ	17	27,9
Từ 2 đến 3 ngày	23	37,7
Từ 4 đến 7 ngày	7	11,4
>7 ngày	14	23,0

Tổng	61	100
Thời gian giữ thai trung bình Min - Max	5,67 ± 10,76 ngày	14 giờ - 60 ngày

Nhận xét: Thời gian giữ thai trung bình 5,67 ± 10,76 ngày; trong đó giữ thai từ 2 đến 3 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (37,7%). Thời gian giữ thai ngắn nhất là 14 giờ, dài nhất là 60 ngày.

Bảng 3.3. Thời gian từ khi ối vỡ đến khi gây chuyển dạ

Thời gian từ khi ối vỡ đến khi gây chuyển dạ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 6 giờ	15	41,7
7 – 12 giờ	14	38,9

> 12 giờ	7	19,4
Tổng	36	100

Nhận xét: Đa số các trường hợp đều gây chuyển dạ trong vòng 6 đến 12 tiếng kể từ khi ra nước ối (chiếm 80,6%). Chỉ có 19,4% số trường hợp được gây chuyển dạ sau khi ra nước ối hơn 12 giờ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hướng xử trí của những trường hợp ra nước ối ở thai non tháng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điều trị nội khoa chiếm tới 48,0%, có 28,4% số trường hợp được gây chuyển dạ và 22,6% được chỉ định mổ lấy thai. Kết quả này khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Khương năm 2008 [2], tỷ lệ giữ thai là rất thấp, chỉ có 19/139 trường hợp ối vỡ non ở thai non tháng được chỉ định giữ thai. Có sự khác biệt này là do: Nghiên cứu của chúng tôi gồm cả những trường hợp rỉ ối ở thai non tháng, trong các trường hợp này đa số gia đình sau khi được tư vấn đều có nguyện vọng giữ thai, chấp nhận nguy cơ trong quá trình theo dõi. Nguyên nhân thứ hai là quan điểm hiện nay đối với các trường hợp ra nước ối ở thai non tháng mà thai có khả năng sống là giữ thai trong vòng 24h để sử dụng corticoids tăng khả năng trưởng thành phổi của thai nhi trước khi chấm dứt thai kỳ. Trên thế giới, vấn đề xử trí với ra nước ối ở thai non tháng được bàn luận, tổng kết trên rất nhiều nghiên cứu để tìm ra hướng xử trí tối ưu cho sản phụ và thai nhi, hạn chế thấp nhất các biến chứng có thể xảy ra. Tuy nhiên, vẫn còn rất nhiều ý kiến tranh luận trái chiều về hướng xử trí ở từng giai đoạn tuổi thai và theo Hiệp hội sản phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG - 2013) vẫn chưa tìm được một tuổi thai lý tưởng để chấm dứt thai kỳ. Dựa trên một nghiên cứu phân tích gộp bao gồm 7 thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng (n=690), tác giả đưa ra kết luận rằng chưa đủ bằng chứng để các nhà lâm sàng thấy được nguy cơ và lợi ích của việc giữ thai hay đình chỉ thai nghén khi ra nước ối ở thai 24 – 37 tuần [3].

4.2. Nhận xét xử trí những trường hợp ra nước ối ở thai non tháng. Về hướng xử trí theo các nhóm tuổi thai, bảng 3.1 chỉ ra trong những trường hợp điều trị nội khoa giữ thai, có 67,2% số trường hợp ở nhóm tuổi thai dưới 32 tuần. Mặc dù với sự phát triển của hồi sức sơ sinh nhưng nhóm tuổi thai 22 – 27 tuần vẫn là nhóm tuổi thai khả năng sống rất thấp. Do đó, nếu điều kiện cho phép, chưa hết ối, chưa có biểu hiện nhiễm trùng, xu hướng chủ yếu vẫn là điều trị nội để giữ thai thêm giúp tăng khả năng sống cho thai. Nhóm tuổi thai 28 – 32 tuần là

nhóm tuổi thai được khuyến cáo nên được sử dụng corticoids để giúp giảm tỷ lệ suy hô hấp sơ sinh [4]. Do đó, phần lớn các ca ra nước ối ở thai non tháng ở nhóm này đều được điều trị nội. Những trường hợp phải đình chỉ thai nghén ở nhóm tuổi thai này chủ yếu do ối vỡ hoàn toàn, hết ối, không còn khả năng giữ thai và/hoặc có chỉ định mổ lấy thai chủ yếu do ngôi bất thường như ngôi vai, ngôi mông hay do mổ cũ, thai suy,... Quan điểm này cũng giống như quan điểm tại Pháp, không đình chỉ thai nghén khi chưa dùng corticoids ở tuổi thai trước 32 tuần, trừ trường hợp hết ối, ngôi mông,...[5]. Những trường hợp trong nhóm tuổi thai 33 – 34 tuần có 50% điều trị nội và 50% đình chỉ thai nghén. Đây cũng là nhóm tuổi thai còn nhiều tranh cãi về hướng xử trí. Đa số các quan điểm, các phác đồ của các quốc gia kể cả ở Việt Nam đều chỉ định dùng corticoids cho tuổi thai ≤ 34 tuần [6], [7], tức là điều trị nội khoa chờ đủ thời gian corticoids. Tuy nhiên vẫn còn nhiều e ngại do sử dụng corticoids có thể làm tăng nguy cơ nhiễm trùng và lợi ích của dùng corticoids ở tuổi thai sau 32 tuần chưa được chứng minh rõ ràng [8]. Do đó, có thể giải thích vì sao trong nghiên cứu của chúng tôi có hai xu hướng tồn tại song song là giữ thai và đình chỉ thai nghén. Việc giữ thai hay đình chỉ thai nghén ở nhóm tuổi thai này phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố, tình trạng thai, tình trạng sản phụ, kinh nghiệm của thầy thuốc và khả năng của cơ sở hồi sức sơ sinh. Về điều trị ở nhóm tuổi thai từ 35 tuần đến 36 tuần 6 ngày, chỉ 11,5% điều trị nội, 73,7% gây chuyển dạ và 53,6% mổ lấy thai (bảng 3.1). Có thể thấy rõ xu hướng xử trí đối với nhóm tuổi thai này là đình chỉ thai nghén bằng gây chuyển dạ hoặc mổ lấy thai. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cho rằng việc giữ thai hay đình chỉ thai nghén ở tuổi thai này là không có sự khác biệt về tiên lượng của mẹ và thai. Một số ít trường hợp điều trị nội là do kinh nghiệm của thầy thuốc trong trường hợp cụ thể như cân nặng của thai thấp (ước cân nặng thai dưới 2500g) trong khi tiên lượng có thể giữ thai thêm để dùng corticoids. Như vậy, hướng xử trí ban đầu đối với đa số các trường hợp ra nước ối ở thai non tháng tại Bệnh viện phụ sản Nam Định cũng tương tự như các khuyến cáo trên thế giới. Tuy nhiên, xử trí trên một vài trường hợp vẫn thay đổi tùy thuộc rất lớn vào kinh nghiệm của người thầy thuốc đánh giá từng trường hợp cụ thể nhằm đem lại kết quả tốt nhất cho người bệnh.

Về kết quả giữ thai ở nhóm điều trị nội, trong nghiên cứu của chúng tôi có 61 trường hợp điều trị nội khoa giữ thai, thời gian giữ thai ngắn nhất là 14 giờ và dài nhất là 60 ngày, thời gian giữ thai trung bình là $5,67 \pm 10,76$ ngày

(bảng 3.2). Trường hợp giữ thai được lâu nhất trong vòng 60 ngày, từ lúc thai 26 tuần 2 ngày tới 34 tuần 6 ngày, sau đó được mổ lấy thai, ra 1 trai nặng 2100g, khi chưa có dấu hiệu nghi ngờ nhiễm trùng ối. Thời gian giữ thai trong nghiên cứu của chúng tôi dao động khá nhiều là do bao gồm cả những trường hợp ối vỡ và rỉ ối. Những trường hợp được chẩn đoán rỉ ối thường có nước ối ra ít, không liên tục và cổ tử cung đóng kín, do đó khả năng giữ thai cũng cao hơn. Đối với những trường hợp ối vỡ hoàn toàn, khả năng giữ thai sẽ khó khăn hơn nhiều do có sự khởi phát chuyển dạ sau khi ối vỡ, đặc biệt ở những sản phụ con dạ có cổ tử cung thuận lợi hơn những sản phụ con so. Tác giả Phạm Văn Khương có đề cập đến kết quả giữ thai ở các trường hợp ối vỡ non ở thai non tháng tuy nhiên lại đánh giá thành công bằng việc giữ thai đến đủ tháng, chỉ 1/19 trường hợp giữ thai đến đủ tháng, chiếm 5,3%. Và trong nghiên cứu này cũng không đánh giá về thời gian giữ thai [2]. Tác giả Nguyễn Duy Tài có nghiên cứu về hiệu quả và mức độ an toàn của kéo dài thai kỳ trên 185 trường hợp ối vỡ non 28 đến 37 tuần. Thời gian kéo dài thai kỳ dài nhất ghi nhận là 29 ngày cho một trường hợp thai 28 tuần 5 ngày [9]. Nghiên cứu này không đề cập đến tuổi thai trung bình lúc đẻ. So sánh với nghiên cứu của chúng tôi, tuổi thai lúc bắt đầu điều trị trong nghiên cứu này lớn hơn vì nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả những trường hợp thai 22 đến 27 tuần. Thời gian kéo dài thai kỳ của chúng tôi dài hơn do chúng tôi nghiên cứu cả những trường hợp rỉ ối, có khả năng giữ thai lâu hơn so với những trường hợp ối vỡ hoàn toàn. Đa số các nghiên cứu mới đây trên thế giới về ra nước ối ở thai non tháng đều tập trung vào vấn đề giữ thai và giới hạn tuổi thai định chỉ thai nghén. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 27,9% số trường hợp giữ thai dưới 24 giờ, chiếm tỉ lệ cao nhất là 37,7% giữ thai từ 2 đến 3 ngày, có 11,4% giữ thai trong vòng 3 đến 7 ngày, có tới 23% giữ thai được hơn 1 tuần, không có trường hợp nào mất tim thai trong quá trình theo dõi (bảng 3.2). Đa số các trường hợp tập trung ở nhóm giữ thai 24 đến 72 giờ là do các sản phụ thai non tháng sau khi ra nước ối được giữ thai chờ đủ thời gian sử dụng corticoids, rồi mới gây chuyển dạ hoặc mổ lấy thai. Đáng chú ý là có tới 23% giữ thai được hơn 1 tuần. Qua đó cho thấy, khả năng giữ thai trong những trường hợp ra nước ối ở thai non tháng là có thể, trong điều kiện cho phép và được theo dõi chặt chẽ, nhất là trường hợp rỉ ối. Sản phụ cần được tư vấn kỹ để hiểu được điều này đồng thời biết được các nguy cơ, tránh tình trạng

quá hoang mang mà quyết định ngừng thai trong khi khả năng tiếp tục theo dõi thai vẫn còn.

Bảng 3.3 chỉ ra thời gian từ khi ối vỡ đến khi gây chuyển dạ, đa số các trường hợp đều gây chuyển dạ trong vòng 6 đến 12 tiếng kể từ khi ra nước ối (chiếm 80,6%). Chỉ có 19,4% số trường hợp được gây chuyển dạ sau khi ra nước ối hơn 12 giờ. Điều này cho thấy phần lớn các ca ra nước ối ở thai non tháng có chỉ định gây chuyển dạ đều được tiến hành sau khi vỡ ối từ dưới 6 đến 12 giờ, giúp hạn chế nguy cơ nhiễm khuẩn. Chỉ 19,4% được gây chuyển dạ sau hơn 12 giờ, là những bệnh nhân đến viện muộn. Có trường hợp đến viện sau khi ra nước ối 1 tuần. Qua đó cho thấy hiểu biết của sản phụ vẫn còn nhiều thiếu hụt, các dấu hiệu nguy hiểm phải đến viện cần được phổ biến rộng rãi hơn nữa để hạn chế những trường hợp như trên. Ngoài các trường hợp có chỉ định gây chuyển dạ ngay sau khi nhập viện, còn một số lớn các trường hợp giữ thai chờ tác dụng của corticoids, sau đó được gây chuyển dạ bằng truyền oxytocin.

V. KẾT LUẬN

Những trường hợp ra nước ối ở thai non tháng được xử trí tích cực ở Bệnh viện Phụ sản Nam Định; chủ yếu điều trị giữ thai ở nhóm tuổi thai dưới 32 tuần; phần lớn những trường hợp có chỉ định gây chuyển dạ, tiến hành trong khoảng từ 6-12 giờ kể từ khi ra nước ối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jean - Charles Pasquier, Muriel Rabilloud, Jean-Charles Picaud et al.** (2005), "A prospective population-based study of 598 cases of PPROM between 24 and 34 weeks' gestation: description, management, and mortality (DOMINOS cohort)", *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 121, pp. 164-170.
2. **Phạm Văn Khương** (2009), Nghiên cứu cách xử trí ối vỡ non tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2008, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. **Buchanan SL, Crowther CA, Levett KM et al.** (2010), "Planned early birth versus expectant management for women with preterm prelabour rupture of membranes prior to 37 weeks' gestation for improving pregnancy outcome", *Cochrane Database Syst Rev*, CD004735.
4. **D. Roberts, S. Dalziel** (2006), "Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, pp. CD004454.
5. **C. Couteau, J.-B. Haumonté, F. Bretelle et al.** (2013), "Pratiques en France de prise en charge des ruptures prématurées des membranes", *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 42, pp. 21-28.

6. **Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản** (2009), Bộ Y tế.
7. **Daniel Surbek, Gero Drack, Olivier Irion et al.** (2012), "Antenatal corticosteroids for fetal lung maturation in threatened preterm delivery: indications and administration", *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 286, pp. 277-281.
8. **"American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice"** (2008), ACOG Committee Opinion No. 402: Antenatal corticosteroid therapy for fetal maturation, pp. 111 - 805.
9. **J. H. Harger, A. W. Hsing, R. E. Tuomala et al.** (1990), "Risk factors for preterm premature rupture of fetal membranes: a multicenter casecontrol study", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 163, pp. 130-137.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SINH THIẾT MÀNG HOẠT DỊCH KHỚP HÁNG DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM

Nguyễn Thái Bình^{1,2}, Trần Thị Linh¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu (NC) này được thực hiện nhằm đánh giá tính an toàn và kết quả của kỹ thuật sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn siêu âm trong chẩn đoán một số bệnh lý khớp háng. NC hồi cứu được thực hiện trên 27 bệnh nhân (BN) có bất thường màng hoạt dịch khớp háng trên hình ảnh siêu âm (SA), cộng hưởng từ (CHT), được sinh thiết tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 07/2020 đến 02/2025. Các mẫu bệnh phẩm thu được được phân tích mô bệnh học, nuôi cấy vi khuẩn và xét nghiệm PCR lao nhằm xác định chính xác nguyên nhân tổn thương. Kết quả cho thấy nhóm BN trên 50 tuổi chiếm ưu thế (70,4%), với độ tuổi trung bình là 56.44 ± 15.26 . Tỷ lệ thành công trong lấy mẫu đạt 92.6%. Biến chứng xảy ra ở 14.8% BN, là chảy máu nhẹ tại vị trí chọc kim, không có biến chứng nặng. Về mô bệnh học, 74.1% BN được xác định viêm mạn tính, 7.4% viêm hạt đặc hiệu do lao, 11.1% viêm mủ và 3.7% u màng hoạt dịch. Tóm lại, NC cho thấy sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn SA là một phương pháp an toàn, ít xâm lấn và có độ chính xác cao trong chẩn đoán bệnh lý bao hoạt dịch khớp háng.

Từ khóa: sinh thiết, màng hoạt dịch, siêu âm

SUMMARY

RESULTS OF ULTRASOUND – GUIDED BIOPSY OF SYNOVIAL OF HIP JOINT

This study was conducted to evaluate the safety and result of ultrasound-guided synovial biopsy in the diagnosis of hip joint diseases. The study was conducted on 27 patients with hip synovial abnormalities on ultrasound (US) and magnetic resonance imaging (MRI), who underwent biopsy at Hanoi Medical University Hospital from July 2020 to February 2025. The obtained specimens were analyzed for histopathology, bacterial culture, and tuberculosis PCR testing to accurately determine the

cause of the lesions. The results showed that the group of patients over 50 years old was dominant (70.4%), with an average age of 56.44 ± 15.26 . The success rate in sampling was 92.6%. Complications occurred in 14.8% of patients, including mild bleeding at the needle puncture site, with no serious complications. Histopathologically, 74.1% of patients were diagnosed with chronic inflammation, 7.4% with granulomatous inflammation specific to tuberculosis, 11.1% with septic arthritis, and 3.7% with synovial tumors. Overall, the study showed that US-guided synovial biopsy is a safe, minimally invasive, and highly accurate method in diagnosing synovial pathology of hip joint. **Keywords:** biopsy, synovial membrane, ultrasound

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Màng hoạt dịch là lớp màng lót bên trong các khoang khớp và gân, đóng vai trò quan trọng trong việc duy trì chức năng vận động của khớp, gân. Tổn thương màng hoạt dịch có thể gặp trong nhiều bệnh lý như viêm khớp nhiễm khuẩn, thoái hóa khớp, viêm khớp hệ thống, bệnh lý lắng đọng tinh thể (gút, CPPD), hay thậm chí là các tổn thương dạng u, bao gồm cả u lành tính và ác tính. Việc xác định chính xác nguyên nhân gây tổn thương màng hoạt dịch có ý nghĩa lớn trong chẩn đoán và điều trị.

Đối với bệnh lý khớp có biểu hiện viêm, việc phân biệt viêm do nhiễm khuẩn và viêm vô khuẩn là yếu tố quan trọng giúp định hướng điều trị. Phân tích dịch khớp là phương pháp thường được sử dụng để xác định nguyên nhân nhiễm khuẩn, nhưng trong nhiều trường hợp, nguyên nhân viêm không xác định được nếu dựa vào các xét nghiệm cơ bản, chẩn đoán hình ảnh hay chọc dịch khớp. Khi đó, sinh thiết màng hoạt dịch đóng vai trò quan trọng, giúp xác định chính xác nguyên nhân tổn thương hoặc ít nhất loại trừ nguyên nhân nhiễm khuẩn và những bệnh lý khớp nguy hiểm khác như các loại u.¹

Trong những năm gần đây, mô bệnh học có vai trò quan trọng giúp xác định bản chất của các bệnh lý khớp, bao gồm viêm khớp dạng

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Bình

Email: nguyenthainh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 23.4.2025