

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

thấp, lao khớp, nhiễm khuẩn khớp do vi khuẩn sinh mủ, bệnh khớp do tinh thể,...² Các phương pháp sinh thiết truyền thống như sinh thiết mủ hoặc sinh thiết qua nội soi ổ khớp đều có những hạn chế. Sự ra đời của phương pháp sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn SA đã khắc phục được nhiều hạn chế của các kỹ thuật trước đó với ưu điểm ít xâm lấn, độ chính xác cao, dễ thực hiện, chất lượng mẫu mô thu được tốt và phù hợp với nhiều nhóm BN.

Khớp háng là một trong những khớp lớn và quan trọng nhất của cơ thể, có nhiều bệnh lý khá giống nhau. Do vị trí sâu và cấu trúc giải phẫu phức tạp, SA có thể giúp ích dẫn hướng sinh thiết giúp tăng độ chính xác, giảm nguy cơ biến chứng và mang lại hiệu quả cao trong chẩn đoán các bệnh lý khớp háng.

Tại Việt Nam, sinh thiết màng hoạt dịch khớp háng dưới hướng dẫn SA còn chưa được nhiều NC đề cập. Nhằm cung cấp thêm dữ liệu khoa học thực tiễn, chúng tôi tiến hành NC này với mục tiêu đánh giá tính an toàn và kết quả của kỹ thuật sinh thiết màng hoạt dịch khớp háng dưới hướng dẫn siêu âm trong chẩn đoán một số bệnh lý khớp háng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bao gồm các bệnh án đầy đủ thông tin của BN có bất thường màng hoạt dịch khớp háng không xác định được trên lâm sàng, xét nghiệm và hình ảnh (SA và CHT)

- BN được tiến hành sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn SA tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Can thiệp điện quang, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 07/2020 đến 02/2025

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Các BN được sinh thiết màng hoạt dịch khớp háng không đúng quy trình.

- Các BN được sinh thiết dưới siêu âm kết hợp thêm một phương pháp hình ảnh khác.

- Bệnh án không đầy đủ thông tin.

- Các BN có rối loạn đông máu (INR >1,5, tiểu cầu <50G/l).

2.2. Quy trình kỹ thuật sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn SA

Quy trình sinh thiết

❖ Trước sinh thiết

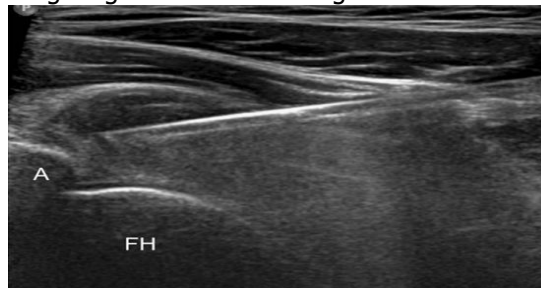
+ BN được khám lâm sàng, SA và CHT.

+ Chuẩn bị BN: BN nhịn ăn ít nhất 6 tiếng.

+ Giải thích về quá trình sinh thiết cũng như nguy cơ tai biến cho gia đình và BN. Gia đình và BN ký cam kết nếu đồng ý.

+ Các BN được lấy mẫu vào 3 ống: mô bệnh học, cấy vi khuẩn, PCR lao.

- BN nằm ngửa háng xoay trung gian hay xoay ngoài nhẹ, gối duỗi. Hướng kim từ ngoài vào trong, chọc ngay sau cơ may và hướng về phía giao giữa chỏm-cổ xương đùi.³



Hình 2.1. Sinh thiết MHD khớp háng dưới hướng dẫn siêu âm⁴

- Sinh thiết màng hoạt dịch được thực hiện dưới SA bởi bác sĩ chẩn đoán hình ảnh và có kinh nghiệm làm thủ thuật dưới hướng dẫn SA 7-10 năm.

- Phòng vô khuẩn, máy SA đầu dò convex, linear của hãng GE Healthcare, Mỹ.

- Các bước kỹ thuật sinh thiết được thực hiện theo quy trình giống như mô tả bởi các tác giả Sitt, Kelly và cộng sự.^{4,5}

❖ Trong sinh thiết

• Bước 1: Chuẩn bị dụng cụ và cho BN nằm tư thế thích hợp.

• Bước 3: Sát khuẩn, trải toan vô khuẩn lên vị trí sinh thiết, bọc đầu dò sinh thiết bằng túi camera vô khuẩn.

• Bước 4: SA xác định vị trí sinh thiết, tránh mạch máu lớn.

• Bước 5: Gây tê 2-5ml tại chỗ bằng Lidocain 1%, không tiêm lidocain vào trong ổ khớp.

• Bước 6: Hút bớt dịch nếu trong ổ khớp nhiều dịch.

• Bước 7: Sử dụng trocar đồng trục loại 18G đưa qua bao khớp vào tới ổ khớp tránh mạch máu thần kinh. Rồi sau đó tạo góc sao cho đường đi của kim sinh thiết dọc theo lớp màng hoạt dịch, giữa bao khớp và ổ khớp. Bắn nhiều mảnh (3-4 mảnh cho mẫu mô bệnh học cố định bằng dung dịch Formaldehyde 10%, 1-2 mảnh cho mẫu PCR và 1-2 mảnh cho mẫu xét nghiệm vi sinh cho vào khoảng 1ml nước muối sinh lý trong lọ vô khuẩn). Ba loại bệnh phẩm được thực hiện: mô bệnh học, PCR, cấy vi khuẩn. Mẫu mô học cố định bằng Formaldehyde 10%, trường hợp nghi ngờ bệnh Gút làm thêm lam kính tìm tinh thể.

• Bước 8: SA kiểm tra lại sau vài phút đánh giá biến chứng

• Bước 9: Băng tại chỗ và nghỉ ngơi 48h sau thủ thuật.

Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS và chia làm 3 nhóm (VAS 1-3: đau nhẹ, 4-6: đau vừa, 7-10: đau nhiều).

❖Biến chứng trong và sau sinh thiết

- Tụ máu vị trí kim chọc: lâm sàng sưng đau tại chỗ, SA có khối tăng âm không đồng nhất tại vị trí chọc kim.

- Chảy máu nội khớp: phát hiện nhờ SA thấy có mức dịch-dịch (mỡ - máu)

- Nhiễm khuẩn vị trí chọc: biểu hiện sưng-nóng-đỏ-đau tại vị trí vết chọc, SA có thể có ổ tụ dịch đặc, tăng tưới máu phần mềm xung quanh.

- Nhiễm khuẩn khớp: khớp sưng, nóng, có hội chứng nhiễm trùng, kèm xét nghiệm khẳng định có vi khuẩn như cấy máu, cấy dịch khớp (+).

- Biến chứng mạch máu gồm: huyết khối tĩnh mạch, giả phình động mạch

- Tổn thương thần kinh: dấu hiệu tê bì hoặc đau theo vùng chi phối của thần kinh.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả.

2.4. Xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Thực hiện nghiên cứu hồi cứu trên bệnh án sẵn có. Các thông tin BN được mã hoá và được xử lý, trình bày kết quả dưới dạng vô danh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Từ tháng 07/2020 đến 02/2025, có 27 BN đủ điều kiện nghiên cứu

Tuổi trung bình là $56,44 \pm 15,26$

Giới: nam 14 BN và nữ 13 BN.

Số mẫu bệnh phẩm trung bình trong 1 lần sinh thiết là $4,22 \pm 1,37$ mẫu.

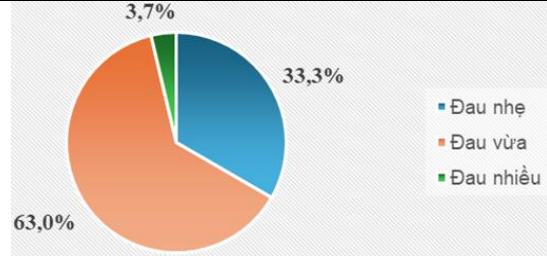
Bảng 3.1. Tuổi bệnh nhân

Tuổi	N	Tỷ lệ %
≤ 30	3	11,1%
31-50	5	18,5%
>50	19	70,4%
Tổng	27	100%

Nhận xét: Gần ¾ số BN trong NC thuộc nhóm trên 50 tuổi, trong khi nhóm BN trẻ hơn (≤30 tuổi) chỉ chiếm 11,1%.

3.2. Đánh giá tính an toàn

3.2.1. Mức độ đau của BN trong khi thủ thuật



Biểu đồ 3.1. Mức độ đau trong lúc thủ thuật

Nhận xét: Phần lớn các BN trong quá trình sinh thiết có mức độ đau nhẹ và vừa chiếm đến 96%, chỉ có 3,7% số BN chịu đựng cơn đau ở mức độ nhiều.

3.2.2. Biến chứng trong và sau thủ thuật

Bảng 3.2. Biến chứng trong và sau thủ thuật

Biến chứng	Số BN	Tỷ lệ %
Chảy máu tại vị trí chọc kim	3	11,1%
Chảy máu nội khớp	1	3,7%
Bội nhiễm	0	0
Biến chứng thần kinh	0	0
Biến chứng mạch máu	0	0

Nhận xét: Chảy máu tại vị trí chọc kim là phổ biến nhất với 11,1%, ngoài ra có 01 trường hợp chảy máu nội khớp. Nghiên cứu không ghi biến chứng nặng nào (nhiễm khuẩn nội khớp, tổn thương thần kinh và mạch máu) trên các BN được can thiệp.

3.3. Kết quả sinh thiết màng hoạt dịch khớp háng dưới hướng dẫn siêu âm

Bảng 3.3. Kết quả mô bệnh học

Mô bệnh học	Số BN	Tỷ lệ %
U màng hoạt dịch	1	3,7%
Viêm hạt đặc hiệu lao	2	7,4%
Viêm mủ	3	11,1%
Viêm mạn tính không do vi khuẩn	19	70,4%
Không có màng hoạt dịch	2	7,4%
Tổng cộng	27	100%

Bảng 3.4. Kết quả nuôi cấy vi khuẩn và PCR lao

Xét nghiệm		Số BN	Tỷ lệ %
Nuôi cấy vi khuẩn	Dương tính	3	11,1%
	Âm tính	24	88,9%
PCR lao	Dương Tính	1	3,7%
	Âm tính	26	96,3%
Tổng cộng		27	100%

Nhận xét: - Tính hiệu quả của sinh thiết màng hoạt dịch dưới SA cao: mô màng hoạt dịch lấy được ở 92,6% BN, số mẫu đủ để phân tích giải phẫu bệnh và vi sinh học. Có 2 ca không tìm thấy mô màng hoạt dịch mặc dù vị trí kim tốt trên hình ảnh lưu lại trong thủ thuật.

- U màng hoạt dịch gặp trong 3,7%, Lao gặp trong 2 trường hợp trên MBH nhưng chỉ 1 trường hợp làm PCR (+). Viêm mủ gặp ở 3 BN.

Tỷ lệ gặp viêm mạn tính không do vi khuẩn là cao nhất (70,4%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. NC được tiến hành trên 27 BN có bất thường màng hoạt dịch khớp háng được phát hiện qua SA hoặc CHT và được chỉ định sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn SA. Gần ¾ số BN trong NC thuộc nhóm trên 50 tuổi, trong khi nhóm BN trẻ hơn (≤ 30 tuổi) chỉ chiếm 11,1%. Kết quả này phù hợp với dữ liệu dịch tễ học về các bệnh lý khớp thường gặp, bao gồm thoái hóa khớp, viêm khớp dạng thấp và nhiễm khuẩn khớp, vốn có tỷ lệ mắc cao ở nhóm tuổi trung niên và cao tuổi.

Tất cả BN đều được đánh giá lâm sàng và thực hiện đầy đủ các xét nghiệm cận lâm sàng cũng như chẩn đoán hình ảnh trước khi tiến hành sinh thiết. Quy trình sinh thiết đảm bảo vô khuẩn, được thực hiện bởi bác sĩ có kinh nghiệm và theo dõi chặt chẽ sau thủ thuật để đánh giá biến chứng cũng như hiệu quả chẩn đoán.

4.2. Đánh giá tính an toàn và kết quả của kỹ thuật sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn SA. Một trong những vấn đề quan trọng khi thực hiện sinh thiết màng hoạt dịch là nguy cơ biến chứng liên quan đến thủ thuật. Kết quả NC cho thấy sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn SA có mức độ an toàn cao, với tỷ lệ biến chứng thấp và không ghi nhận các biến chứng nghiêm trọng như nhiễm khuẩn khớp, tổn thương thần kinh hoặc tổn thương mạch máu. Cụ thể, chỉ có 4/27 BN (14,8%) gặp biến chứng, chủ yếu là chảy máu tại vị trí chọc kim (3 BN, chiếm 11,1%). Tuy nhiên, tất cả các trường hợp này đều ở mức độ nhẹ và tự cầm mà không cần can thiệp y tế. Đánh giá mức độ đau trong quá trình thực hiện cũng phản ánh kết quả khả quan, khi 96% BN chỉ cảm thấy đau nhẹ hoặc trung bình, trong khi chỉ 4% BN có cảm giác khó chịu đáng kể.

Kết quả này tương đồng với các NC trước đây khẳng định sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn SA là một kỹ thuật an toàn, ít gây đau và được BN dung nạp tốt. Koski và cộng sự⁶ khi thực hiện sinh thiết màng hoạt dịch trên 37 BN viêm khớp chỉ ghi nhận tỷ lệ biến chứng nhỏ, bao gồm cơn ngứa do cườm phế vị (1–2%) tại thời điểm sinh thiết và 01 trường hợp duy nhất viêm mô tế bào (erysipelas) xảy ra một tuần sau sinh thiết. NC của Sitt và cộng sự⁵ không ghi nhận bất kỳ trường hợp nhiễm khuẩn khớp, tổn thương thần kinh, mạch máu hoặc làm trầm trọng thêm triệu chứng bệnh sau thủ thuật.

Những kết quả trên khẳng định rằng sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn SA là một kỹ thuật ít xâm lấn, có độ an toàn cao và có tiềm năng ứng dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng.

Sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn SA có hiệu quả cao trong việc thu thập mẫu bệnh phẩm. Trong NC của chúng tôi, 92,6% mẫu thu được có đủ mô để phân tích mô bệnh học và vi sinh, tương đồng với NC của Humby F và cộng sự⁸. Tuy nhiên, có 02/27 trường hợp không thu được mô màng hoạt dịch mặc dù vị trí kim được định vị chính xác trên hình ảnh lưu lại. Nguyên nhân có thể do màng hoạt dịch chỉ dày nhẹ trên SA hoặc do đặc điểm giải phẫu của khớp háng khiến việc tiếp cận và lấy mẫu gặp nhiều thách thức hơn.

Kết quả mô bệnh học cho thấy 74,1% BN có biểu hiện viêm mạn tính không xác định, đây là nhóm BN mà sinh thiết đóng vai trò quan trọng trong việc loại trừ các nguyên nhân nguy hiểm như lao khớp hay u màng hoạt dịch. Ngoài ra, NC ghi nhận 7,4% trường hợp viêm hạt đặc hiệu do lao, 11,1% trường hợp viêm mủ và 3,7% trường hợp u màng hoạt dịch. Đối chiếu với chẩn đoán cuối cùng, sinh thiết màng hoạt dịch đã hỗ trợ xác định chính xác nguyên nhân trong tất cả các trường hợp viêm hạt do lao và u màng hoạt dịch (tương tự các NC trước)⁸. Các trường hợp còn lại phải dựa vào kết hợp các yếu tố lâm sàng, xét nghiệm bilan viêm và đáp ứng điều trị do kết quả mô bệnh học và vi sinh âm tính. Những kết quả trên cho thấy sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn SA không chỉ giúp xác định nguyên nhân tổn thương mà còn hỗ trợ loại trừ các bệnh lý nguy hiểm, đặc biệt trong các trường hợp viêm mạn tính không rõ nguyên nhân.

Tuy nhiên, NC của chúng tôi vẫn còn tồn tại một số hạn chế cần lưu ý. Thứ nhất, cỡ mẫu nhỏ (27 BN), cần có các NC với cỡ mẫu lớn hơn để xác nhận tính chính xác của kết quả. Thứ hai, thời gian theo dõi sau sinh thiết còn hạn chế, chưa cho phép đánh giá đầy đủ các biến chứng muộn.

V. KẾT LUẬN

Kết quả NC khẳng định rằng sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn SA là một phương pháp an toàn, hiệu quả và ít xâm lấn trong chẩn đoán bệnh lý khớp háng. Phương pháp này có thể được áp dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng, giúp chẩn đoán xác định phần lớn các bệnh lý khớp háng thường gặp, đặc biệt trong bệnh lý lao, nhiễm khuẩn và các tổn thương u.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gerlag DM, Tak PP.** How useful are synovial biopsies for the diagnosis of rheumatic diseases? *Nat Rev Rheumatol.* 2007;3(5):248-249. doi:10.1038/ncprheum0485
2. **Pitzalis C, Kelly S, Humby F.** New learnings on the pathophysiology of RA from synovial biopsies. *Current Opinion in Rheumatology.* 2013;25(3):334-344.
3. **Polido-Pereira J.** Ultrasound-Guided Biopsies: Medium and Large Joints. *Front Med.* 2019;6:95. doi:10.3389/fmed.2019.00095
4. **Sitt J, Griffith JF, Lai FM, et al.** Ultrasound-guided synovial Tru-cut biopsy: indications, technique, and outcome in 111 cases. *European radiology.* 2017;27(5):2002-2010.
5. **Kelly S, Humby F, Filer A, et al.** Ultrasound-guided synovial biopsy: a safe, well-tolerated and reliable technique for obtaining high-quality synovial tissue from both large and small joints in early arthritis patients. *Annals of the rheumatic diseases.* 2015;74(3):611-617.
6. **Koski JM, Helle M.** Ultrasound guided synovial biopsy using portal and forceps. *Annals of the rheumatic diseases.* 2005;64(6):926-929.
7. **Humby F, Romão VC, Manzo A, et al.** A multicenter retrospective analysis evaluating performance of synovial biopsy techniques in patients with inflammatory arthritis: arthroscopic versus ultrasound-guided versus blind needle biopsy. *Arthritis & Rheumatology.* 2018;70(5): 702-710.
8. **Hung EHY, Griffith JF, Ng AWH, Lee RKL, Lau DTY, Leung JCS.** Ultrasound of musculoskeletal soft-tissue tumors superficial to the investing fascia. *AJR Am J Roentgenol.* 2014; 202(6): W532-540. doi:10.2214/AJR.13. 11457

THỰC TRẠNG NGƯỜI BỆNH TRƯỚC PHẪU THUẬT SỎI TIẾT NIỆU TẠI KHOA NGOẠI THẬN TIẾT NIỆU BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH

Đỗ Thu Tình¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mức độ lo âu của người bệnh trước phẫu thuật sỏi tiết niệu tại khoa ngoại thận tiết niệu bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 157 người bệnh có chỉ định phẫu thuật điều trị nội trú tại khoa ngoại thận tiết niệu bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định từ tháng 3 đến hết tháng 9 năm 2021. **Kết quả:** Điểm trung bình lo lắng trước phẫu thuật của người bệnh $9,14 \pm 3,58$ (min 0 – max 19). Trong đó, đa số người bệnh có mức độ lo lắng trung bình (74,5%), vấn đề người bệnh lo âu trước phẫu thuật chiếm tỉ lệ cao nhất là đau sau phẫu thuật (67,5%). **Kết luận:** mức độ lo âu của người bệnh trước phẫu thuật sỏi tiết niệu tại còn khá cao, cần tăng cường công tác giáo dục sức khỏe trước phẫu thuật nhằm tạo tâm lý thoải mái cho người bệnh, giúp người bệnh chuẩn bị kĩ càng cho cuộc phẫu thuật hơn.

Từ khóa: mức độ lo âu, trước phẫu thuật.

SUMMARY

THE STATUS OF PATIENTS BEFORE SURGERY URINARY STONE SURGERY AT THE UROLOGY DEPARTMENT OF NAM DINH GENERAL HOSPITAL

Objective of the study: To assess the anxiety levels of patients before undergoing urinary stone surgery at the Urology Department of Nam Dinh General Hospital. **Subjects and research methods:**

A cross-sectional descriptive study conducted on 157 inpatients scheduled for surgery at the Urology Department of Nam Dinh General Hospital from March to September 2021. **Results:** The mean preoperative anxiety score was 9.14 ± 3.58 (min 0 – max 19). Most patients exhibited moderate anxiety levels (74.5%). The leading cause of preoperative anxiety was concern about postoperative pain (67.5%). **Conclusions:** The anxiety levels of patients before urinary stone surgery were relatively high. Preoperative health education needs to be strengthened to ensure patients are mentally prepared and comfortable, contributing to better preparation for surgery. **Keywords:** anxiety levels, preoperative.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tật làm thay đổi tâm lí của người bệnh, sự biến đổi tâm lí đó càng rõ rệt khi họ phải trải qua Sự lo âu thường thấy ở người bệnh nội trú, đặc biệt ở những khoa ngoại nơi có người bệnh trước phẫu thuật có kế hoạch. Thời kỳ trước phẫu thuật là một trong những thời kỳ đáng lo ngại đối với hầu hết người bệnh phẫu thuật. Nó thường kích hoạt cảm xúc, nhận thức và sinh lý phản ứng. Lo âu trước phẫu thuật là một vấn đề đầy thách thức trong công tác chăm sóc người bệnh ngoại khoa. Hầu hết người bệnh ở giai đoạn trước phẫu thuật đều có tâm lý lo âu và nó thường coi như một phản ứng người bệnh thông thường [1].

Theo Jjala (2010) [2], lo âu trước phẫu thuật được tìm thấy với tỉ lệ lên đến 80%. Tại Anh Quốc, 82% người bệnh có lo âu trước phẫu thuật [3]. Theo Seifu Nigussie, tại bệnh viện đại học Jimma, Tây Nam Ethiopia, 70,3% người bệnh có lo âu trước phẫu thuật [4]. Tại Việt

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thu Tình
Email: tinhngoai85@gmail.com
Ngày nhận bài: 10.2.2025
Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025
Ngày duyệt bài: 23.4.2025