

những nhóm này dễ bị nhồi máu não hơn so với nhóm đo huyết áp đều đặn [4], [7].

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ bệnh nhân được dùng thuốc và theo dõi huyết áp thường xuyên ở bệnh nhân nhồi máu não vào viện chiếm tỉ lệ rất thấp trong nghiên cứu, trong đó có 15,0% bệnh nhân không biết mình bị tăng huyết áp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huỳnh Văn Minh** (2018), "Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp người lớn của phân hội tăng huyết áp Việt Nam", Tạp chí tim mạch học Việt Nam, tr. 78-80.
2. **Nguyễn Văn Chương** (2003), "Đặc điểm lâm sàng đột quy, những số liệu qua 150 bệnh nhân", Tạp chí y học thực hành. 10, tr. 75-77.
3. **Phạm Nguyễn Sơn** (1988), "Đặc điểm bệnh tăng huyết áp ở những bệnh nhân điều trị tại khoa A2 Bệnh viện TWQĐ 108", Kỷ yếu đại hội tim mạch Quốc Gia Việt Nam, tr. 183-187.
4. **Gareth Beevers** (2001), "ABC of hypertension: The pathophysiology of hypertension", BMJ. 322, tr. 1289-1456.
5. **Isaac Kofi Owusu** (2007), "Electrocardiographic Left Ventricular Hypertrophy In Patients Seen With Hypertensive Heart Failure", The Internet Journal of Third World Medicine. 6, tr. 1-7.
6. **Alun Hughes Jamil Mayet** (2003), "Cardiac and Vascular Pathophysiology Hypertension", Heart. 89, tr. 1104-1109.
7. **Fagard R Mancia G** (2013), "2013 . ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task. Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)", J Hypertens. 31, tr. 1281-12357.
8. **Scott E. Kasner Ralph L. Sacco** (2013), "An Updated Definition of Stroke for the 21st Century: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association", Stroke. 44, tr. 2064-2089.
9. **Verdecchia P Timio M** (1988), "Age and blood pressure changes : a 20 year follow up study in nuns in 9 secluded order", Hypertension. 12, tr. 457-61.
10. **Qureshi** (2008), "Acute Hypertensive Response in Patients With Stroke: Pathophysiology and Management", Cardiovascular Medicine.

SINH THIẾT MÀNG HOẠT DỊCH DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM: KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU

Châu Thị Hoàng Anh¹, Huyền Tôn Nữ Hồng Hạnh¹, Lê Trọng Bình²

TÓM TẮT

Mở đầu: Các bệnh lý khớp thường có biểu hiện tại màng hoạt dịch, phổ biến nhất là dày dạng nốt hoặc dạng mảng. Việc xác định bản chất tổn thương màng hoạt dịch giúp chẩn đoán chính xác bệnh lý khớp. Ngoài việc lấy dịch khớp để thực hiện các xét nghiệm, sinh thiết màng hoạt dịch là kỹ thuật giúp chẩn đoán xác định bản chất của tổn thương. Sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn siêu âm là một phương pháp an toàn, đơn giản, và hiệu quả để thu thập mô màng hoạt dịch. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả bước đầu sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn siêu âm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 11 bệnh nhân dày màng hoạt dịch chưa rõ nguyên nhân từ tháng 9/2019 đến tháng 10/2022 tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế. Sinh thiết màng hoạt dịch được thực hiện dưới hướng dẫn siêu âm bằng kim sinh thiết tự động 16G và 14G. Cỡ kim và vị trí sinh thiết được quyết định dựa bề dày, chiều dài màng hoạt dịch và vị trí tiếp cận tổn thương

trên siêu âm. **Kết quả:** Trung vị tuổi là 49 (21-86 tuổi), tỉ lệ nam: nữ là 7:4. Khớp được sinh thiết nhiều nhất là khớp gối (8/11 trường hợp). Số mẫu bệnh phẩm trung bình 1 lần sinh thiết là 3,63 mẫu (1-5 mẫu), chiều dài mẫu 10-15mm. Trong và sau khi thực hiện thủ thuật không ghi nhận các biến chứng như chảy máu tại chỗ, chảy máu nội khớp, nhiễm trùng vị trí chọc hay biến chứng thần kinh, mạch máu. Về kết quả mô bệnh học, 100% mẫu đạt tiêu chuẩn chẩn đoán. **Kết luận:** Sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn siêu âm là một phương pháp an toàn và hiệu quả trong chẩn đoán xác định bản chất bệnh lý khớp. **Từ khóa:** sinh thiết dưới hướng dẫn siêu âm, siêu âm, màng hoạt dịch.

SUMMARY

ULTRASOUND-GUIDED SYNOVIAL BIOPSY: A PRELIMINARY RESULT

Background: Synovial thickening is a common manifestation of various arthropathies. Apart from joint fluid aspiration, synovial membrane sampling plays a fundamental role in determining the nature of the diseases. Ultrasound-guided needle biopsy of the synovial membrane has been recognized as a safe, simple, and effective procedure. This paper aimed to assess the preliminary results of ultrasound-guided synovial biopsy at a single center. **Methods:** Data from 11 patients with synovial thickening from September 2019 to October 2022 at Hue University of

¹Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế

²Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Chịu trách nhiệm chính: Lê Trọng Bình

Email: letrongbinh@hueuni.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.5.2023

Ngày duyệt bài: 19.5.2023

Medicine and Pharmacy Hospital were retrospectively analyzed. Tissue sampling was collected by using an automatic biopsy gun with 16G or 18G needle. Needle size, length of core, number of passes and procedure endpoints were down to the operators. **Results:** The median age was 49 (range, 21-86 years), male: female ratio was 7:4. Knee joint was the most frequent site of biopsy (8/11 cases). The average number of samples was 3.63 (range, 1-5 samples), and 10-15mm in length. Technical success rate was 100%. All of the specimens were pathologically conclusive given a diagnostic yield of 100%. No intra and post procedural complications were observed. **Conclusion:** Ultrasound-guided synovial biopsy is a safe and effective method to determine the nature of arthropathies. **Keywords:** ultrasound-guided needle biopsy, ultrasound, synovial membrane.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Màng hoạt dịch là lớp đệm mỏng lót bề mặt bên trong của các khớp động, bao gân và là mô có hoạt tính sinh học cao nhất trong các cấu trúc khớp hoạt dịch. Đây cũng là vị trí thường bị tổn thương trong các bệnh lý của khớp, với biểu hiện hay gặp là dày khu trú hoặc lan toả. Trong thực hành lâm sàng, có nhiều trường hợp bệnh lý khớp không thể chẩn đoán bằng lâm sàng, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh hay chọc dịch khớp. Vì vậy, việc xác định được bản chất tổn thương màng hoạt dịch có ý nghĩa quyết định chẩn đoán và hướng điều trị bệnh lý khớp. Có nhiều kỹ thuật để lấy mẫu màng hoạt dịch, một số cách phổ biến như là chọc kim mù, nội soi khớp, sinh thiết dưới hướng dẫn tăng sáng hay dưới hướng dẫn siêu âm. Trong một nghiên cứu đa trung tâm của Humby F. (2018) so sánh các kỹ thuật sinh thiết màng hoạt dịch, nhận thấy sinh thiết mù kém tin cậy hơn so với nội soi khớp và sinh thiết dưới hướng dẫn siêu âm, cụ thể liên quan đến lượng mô hoạt dịch có thể phân loại thấp hơn [2]. Nội soi khớp không phải là phương pháp tối ưu do quy trình phức tạp và chi phí cao, trong khi sinh thiết dưới hướng dẫn siêu âm yêu cầu ít thiết bị chuyên dụng hơn, ít xâm lấn hơn trong khi hiệu quả thu thập mô hoạt dịch là tương tự [3]. Tại Việt Nam, chúng tôi nhận thấy còn ít báo cáo về sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn siêu âm. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả bước đầu sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn siêu âm.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân có bệnh lý khớp chưa rõ nguyên nhân, được khám lâm sàng, các xét nghiệm cận lâm sàng, có hình ảnh dày màng hoạt dịch trên siêu âm và cộng hưởng từ, được sinh thiết màng hoạt dịch

dưới hướng dẫn siêu âm tại khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế. Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm (i) nhiễm trùng da tại vị trí sinh thiết, (ii) nhiễm trùng toàn thân, (iii) rối loạn đông máu và (iv) bệnh nhân không hợp tác.

Phương pháp nghiên cứu. Hồi cứu số liệu từ tháng 9/2019 đến tháng 10/2022.

Quy trình kỹ thuật: Sinh thiết màng hoạt dịch được thực hiện dưới hướng dẫn siêu âm bởi bác sĩ chẩn đoán hình ảnh bằng súng sinh thiết tự động (Magnum, Bard), cỡ kim 16G và 14G. Cỡ kim, chiều dài lõi và vị trí sinh thiết được quyết định dựa bề dày màng hoạt dịch, vị trí tiếp cận tổn thương trên siêu âm. Bệnh nhân được theo dõi dấu hiệu sinh tồn và tình trạng vị trí chọc trong và sau khi thực hiện thủ thuật cho đến khi ra viện.

Các bước thực hiện:

- Kiểm tra hình ảnh, xác nhận tổn thương trên siêu âm, tìm đường vào an toàn với tổn thương, lựa chọn kích thước kim phù hợp.
- Sát khuẩn tại chỗ. Trải khăn vô khuẩn lên vị trí sinh thiết và bọc đầu dò siêu âm bằng túi vô khuẩn.
- Gây tê tại chỗ bằng lidocain 2% tiêm dưới da và ngoài bao khớp.
- Đưa kim sinh thiết vào vị trí đã xác định dưới hướng dẫn siêu âm, tạo góc để kim sinh thiết dọc theo màng hoạt dịch nhưng vẫn nằm trong mặt phẳng siêu âm (in-plane). Lấy mẫu ở nhiều hướng khác nhau.
- Cố định mẫu trong dung dịch formalin. Tiêu chuẩn mẫu đạt về mặt đại thể là chiều dài mẫu $\geq 1\text{cm}$.
- Siêu âm kiểm tra sau thủ thuật.
- Băng ép tại chỗ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

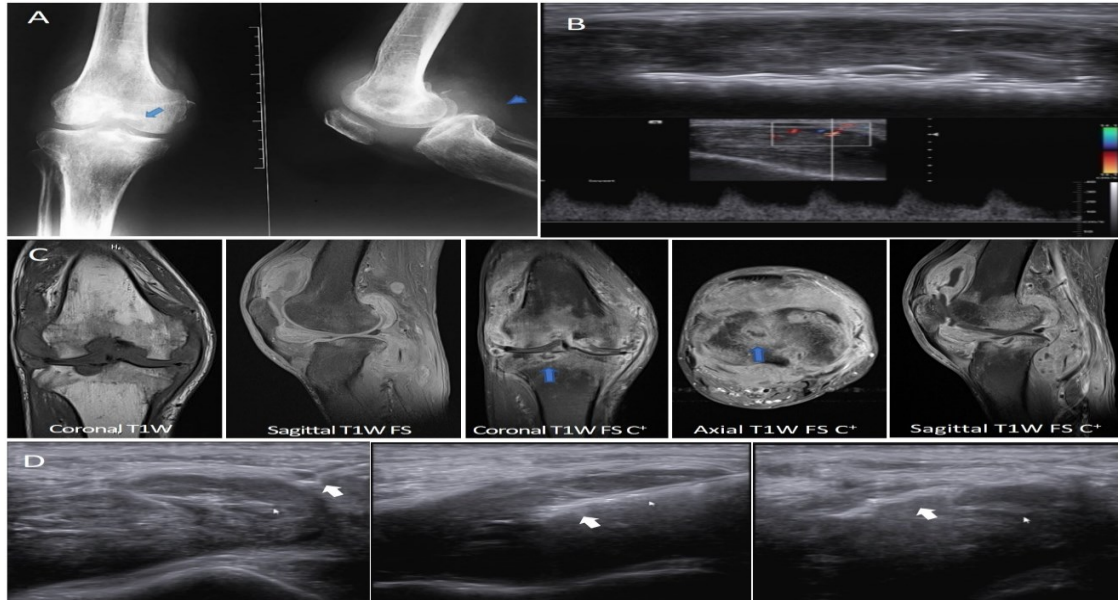
Có 11 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh. Trung vị tuổi là 49 (từ 21 đến 86 tuổi), tỉ lệ nam: nữ là 7:4. Khớp được sinh thiết nhiều nhất là khớp gối (8/11 trường hợp), các trường hợp còn lại là khớp vai, khớp khuỷu và khớp cổ chân. Có 7/11 bệnh nhân sử dụng kim 16G. Số mẫu bệnh phẩm trung bình 1 lần sinh thiết là 3,63 mẫu, chiều dài mẫu 10-15mm. Trong và sau khi thực hiện thủ thuật không ghi nhận thấy các biến chứng như chảy máu tại chỗ, chảy máu nội khớp, nhiễm trùng vị trí chọc hay biến chứng thần kinh, mạch máu. Về kết quả mô bệnh học, 100% mẫu đạt tiêu chuẩn chẩn đoán, bao gồm viêm lao (5/11), viêm màng hoạt dịch cấp – bán cấp (3/11), sarcoma mỡ (1/11), viêm khớp dạng

thấp (1/11) và quá sản màng hoạt dịch (1/11). Kết quả nghiên cứu được trình bày cụ thể trong bảng 1.

Bảng 1: Kết quả bước đầu sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn siêu âm

Bệnh nhân (giới/tuổi)	Vị trí sinh thiết	Cỡ kim	Số mẫu	Giải phẫu bệnh
Nam/ 38T	Gối phải	16G	5	Viêm dạng hạt hướng đến viêm lao
Nam/ 33T	Gối trái	16G	4	Viêm dạng hạt hướng đến viêm lao
Nam/ 67T	Vai phải	16G	5	Viêm cấp màng hoạt dịch
Nữ/ 61T	Gối trái	14G	3	Sarcoma mỡ

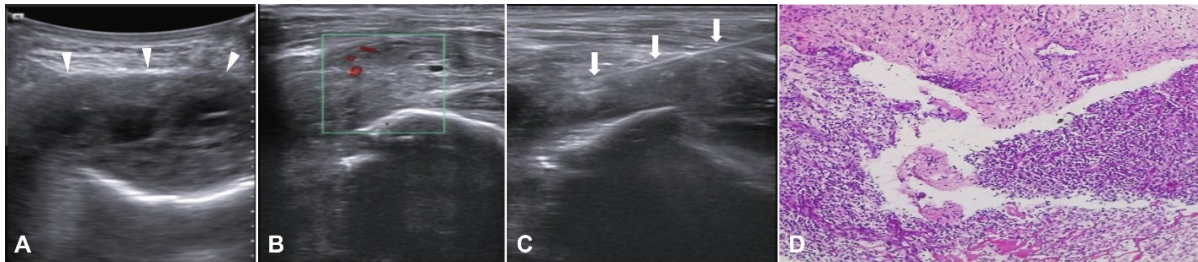
Nam/ 54T	Gối trái	14G	2	Viêm dạng hạt hướng đến viêm lao
Nữ/ 86T	Gối trái	16G	4	Quá sản biểu mô bao hoạt dịch
Nam/ 47T	Cổ tay trái	14G	4	Viêm dạng hạt, phù hợp viêm lao
Nữ/ 34T	Gối trái	14G	5	Viêm khớp dạng thấp
Nữ/ 21T	Gối trái	16G	1	Viêm bao hoạt dịch bán cấp
Nam/ 48T	Gối phải	16G	4	Viêm lao
Nam/ 52T	Khuỷu trái	16G	3	Viêm cấp màng hoạt dịch



Hình 1. Bệnh nhân nam 48 tuổi, sưng đau hạn chế vận động khớp gối phải

X quang (A): tiêu xương có viền đặc xương ở lồi cầu xương đùi (mũi tên); mô mỡ quanh khớp thay thế bởi đậm độ mô mềm với chấm vôi hóa bên trong (đầu mũi tên). Siêu âm (B): dày không đều màng hoạt dịch, tăng sinh mạch màng hoạt dịch. Cộng hưởng từ có tiêm thuốc đối quang

(C): màng hoạt dịch dày không đều, ngấm thuốc mạnh. Các ổ tiêu xương dưới sụn và áp xe trong xương liên tục với khoang khớp. Sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn siêu âm (D) theo kiểu in-plane với kim 16G. Giải phẫu bệnh và hóa mô miễn dịch cho kết quả viêm lao.



Hình 2: Bệnh nhân nam 67 tuổi, sưng đau vai phải

Siêu âm (A) thấy dày lan tỏa màng hoạt dịch khớp vai kèm dịch có hồi âm bên trong, bờ xương kém đều (phim X quang khớp vai có các ổ tiêu xương chỏm xương cánh tay). Siêu âm năng lượng (B) không thấy tăng sinh mạch. Sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn siêu âm (C) với kim 16G, hình ảnh đầu kim luôn được thấy trong suốt quá trình sinh thiết (mũi tên). Kết quả giải phẫu bệnh (D) là viêm bao hoạt dịch cấp.

IV. BÀN LUẬN

Các bệnh lý khớp thường gặp có thể chia thành ba nhóm nguyên nhân chính bao gồm viêm, nhiễm trùng và u; được biểu hiện thông qua những tổn thương đặc trưng của màng hoạt dịch, với sự dày lên khu trú hay lan tỏa màng hoạt dịch [14]. Để chẩn đoán dày màng hoạt dịch, siêu âm là phương pháp đơn giản, thuận tiện nhưng không có độ chính xác cao trong việc xác định nguyên nhân tổn thương. Có thể bổ sung thêm các phương pháp hình ảnh như cộng hưởng từ, X quang, cắt lớp vi tính để cung cấp thêm nhiều thông tin đáng tin cậy giúp chẩn đoán và phân loại các bệnh lý khớp. Tuy nhiên, trong nhiều trường hợp tổn thương dày màng hoạt dịch mà lâm sàng, các xét nghiệm, hình ảnh học hay dịch khớp không xác định được nguyên nhân thì việc chẩn đoán bản chất của tổn thương phải dựa vào mô bệnh học [12]. Najm A. và cs báo cáo 76 trường hợp sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn siêu âm, có 82,4% trường hợp được chỉ định nhằm loại trừ viêm khớp nhiễm trùng [10]. Trong một nghiên cứu khác, có 90% bệnh nhân được hút dịch khớp và 25% được sinh thiết màng hoạt dịch, phát hiện vi khuẩn trong 38,7% mẫu dịch khớp và 23,5% mẫu màng hoạt dịch. Thuốc kháng sinh không được sử dụng trước khi hút dịch khớp nhưng có thể được dùng trước khi sinh thiết màng hoạt dịch [7]. Coiffier G. và cs báo cáo 51/176 trường hợp viêm khớp cấp tính được sinh thiết màng hoạt dịch có 11 trường hợp viêm khớp nhiễm trùng. Trong đó, có ba trường hợp dịch khớp âm tính khi nuôi cấy nhưng dương tính khi nuôi cấy mô hoạt dịch [1]. Có mối liên quan chặt chẽ giữa viêm bao hoạt dịch mức độ nặng với các bệnh thấp khớp với độ đặc hiệu là 96,1% và độ nhạy 61,7% [6].

Việc chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời các bệnh thấp khớp bằng thuốc đặc hiệu giúp cải thiện các triệu chứng và giảm tỷ lệ tàn tật 5 năm sau xuống mức tương đương bệnh nhân được đánh giá lâm sàng là không cần điều trị [15]. Ngoài ra, các nguyên nhân khác có thể xác định

dựa trên mẫu bệnh phẩm màng hoạt dịch như gout với các lắng đọng được tìm thấy trong mô hoạt dịch ngay cả khi phân tích dịch khớp là âm tính; bệnh amyloidosis, haemochromatosis, hemarthrosis hay các trường hợp u màng hoạt dịch ác tính như chondrosarcoma, haemangiomas, lipoma arborescens... [3]. Chẩn đoán bệnh lý của các khối u màng hoạt dịch được xác định bằng sinh thiết màng hoạt dịch tương thích với kết quả từ mẫu bệnh phẩm màng hoạt dịch sau phẫu thuật [13].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy khớp gối là nơi gặp tổn thương nhiều nhất. Humby F. cũng ghi nhận 81/125 màng hoạt dịch được sinh thiết là từ khớp gối [2]. Khớp gối là một khớp lớn, có thể dễ dàng tiêm, chọc hút ngay cả khi không có sự hướng dẫn của siêu âm, tuy nhiên để đảm bảo lấy được mẫu hoạt dịch tại vị trí nghi ngờ nhất thì phương pháp sinh thiết dưới hướng dẫn siêu âm là một phương pháp tối ưu [11]. Trong nghiên cứu này, kích thước kim thường được sử dụng là 16G và 14G. Số lượng mẫu bệnh phẩm được lấy thay đổi tùy vào độ dày và chiều dài của tổn thương cũng như mức độ vận động của khớp. Số mẫu tối thiểu có sự khác nhau giữa các nghiên cứu. Marin và cs [8] thu trung bình 3 lõi trên mỗi khớp, trong khi Kelly và cs [5] thu trung bình 12 lõi cắt trên mỗi khớp. Về phương diện thực hành, số lượng mẫu nhỏ thường là đủ để phân tích mô học. Nếu để phân tích mô miễn dịch/ RNA hay phân tích tinh thể màng hoạt dịch cần số mẫu lớn hơn [14]. Nhóm Nghiên cứu Viêm màng hoạt dịch Châu Âu (ESSG) khuyến nghị mẫu đủ tiêu chí chất lượng khi >2,5mm² và hình thái tổng thể mô được bảo tồn [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng mẫu bệnh phẩm trung bình một lần sinh thiết là 3,63 mẫu. Về biến chứng, so với nội soi khớp, sinh thiết dưới hướng dẫn siêu âm có tỷ lệ biến chứng thấp hơn và nhiều nghiên cứu không ghi nhận bất kỳ biến chứng lớn nào [3]. Just S. và cs nghiên cứu trên 402 trường hợp sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn siêu âm xác định tỷ lệ biến chứng là 2%, bao gồm: ngất (2/402), viêm gân (1/402), giảm cảm giác (4/402) và xuất huyết nội khớp (1/402) [4]. Tác giả Kelly và cs báo cáo chỉ có 1/5 bệnh nhân đau khớp nhẹ sau thủ thuật, tất cả đều khỏi trong 24 giờ bằng thuốc giảm đau đơn giản. Sinh thiết màng hoạt dịch được coi là thủ thuật an toàn, có thể áp dụng cho mọi bệnh nhân [8]. Tương tự với các nghiên cứu trên, trong kết quả bước đầu của chúng tôi, không ghi nhận các biến chứng như chảy máu nội khớp, nhiễm khuẩn ổ khớp,

biến chứng thần kinh, mạch máu trong và sau khi thực hiện sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn siêu âm. Về thành công của thủ thuật, xu hướng mẫu lấy từ các khớp lớn có tỷ lệ thành công cao hơn mẫu từ các khớp nhỏ. Tỷ lệ thành công của sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn siêu âm được Najm A. và cs báo cáo trong đó 62/76 quy trình khảo sát thấy mô hoạt dịch [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 100% mẫu đạt tiêu chuẩn chẩn đoán, trong đó chiếm chủ yếu là viêm lao.

V. KẾT LUẬN

Sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn siêu âm là một phương pháp an toàn và hiệu quả trong chẩn đoán xác định bản chất bệnh lý khớp. Đây là kỹ thuật tương đối đơn giản, có thể thực hiện ở nhiều cơ sở y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Coiffier G., Ferreyra M., Albert J.-D., Stock N., et al** (2018), "Ultrasound-guided synovial biopsy improves diagnosis of septic arthritis in acute arthritis without enough analyzable synovial fluid: a retrospective analysis of 176 arthritis from a French rheumatology department", *Clinical Rheumatology*, 37 pp. 2241-2249.
2. **Humby F., Romão V.C., Manzo A., Filer A., et al** (2018), "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*, 70 (5), pp. 702-710.
3. **Johnsson H., Najm A.** (2021), "Synovial biopsies in clinical practice and research: current developments and perspectives", *Clin Rheumatol*, 40 (7), pp. 2593-2600.
4. **Just S.A., Humby F., Lindegaard H., de Bellefon L.M., et al** (2018), "Patient-reported outcomes and safety in patients undergoing synovial biopsy: comparison of ultrasound-guided needle biopsy, ultrasound-guided portal and forceps and arthroscopic-guided synovial biopsy techniques in five centres across Europe", *RMD open*, 4 (2), pp. e000799.
5. **Kelly S., Humby F., Filer A., Ng N., et al** (2015), "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*, 74 (3), pp. 611-617.
6. **Krenn V., Morawietz L., Burmester G.R., Kinne R., et al** (2006), "Synovitis score: discrimination between chronic low-grade and high-grade synovitis", *Histopathology*, 49 (4), pp. 358-364.
7. **Madruga Dias J., Costa M., Pereira da Silva J., Viana de Queiroz M.J.I.** (2014), "Septic arthritis: patients with or without isolated infectious agents have similar characteristics", *Infection*, 42 pp. 385-391.
8. **Marin F., Lasbleiz J., Albert J., Askri A., et al** (2006), "Synovial biopsy under US guidance: technical considerations and results", *Journal de radiologie*, 87 (5), pp. 561-565.
9. **Najm A., Le Goff B., Orr C., Thurlings R., et al** (2018), "Standardisation of synovial biopsy analyses in rheumatic diseases: a consensus of the EULAR Synovitis and OMERACT Synovial Tissue Biopsy Groups", *Arthritis Research Therapy*, 20 pp. 1-7.
10. **Najm A., Orr C., Heymann M.F., Bart G., et al** (2016), "Success Rate and Utility of Ultrasound-guided Synovial Biopsies in Clinical Practice", *J Rheumatol*, 43 (12), pp. 2113-2119.

CĂN NGUYÊN VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH NHIỄM KHUẨN SƠ SINH THƯỜNG GẶP TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN NĂM 2022

Nguyễn Hữu Sơn¹, Nguyễn Thị Quỳnh Nga²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định căn nguyên và kết quả điều trị một số bệnh nhiễm khuẩn sơ sinh thường gặp tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trong thời gian từ 1/2022-12/2022 trên 227 trẻ sơ sinh được chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh và có kết

quả nuôi cấy dương tính tại khoa Hồi sức sơ sinh và khoa Sơ sinh Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. **Kết quả:** Căn nguyên trẻ viêm phổi chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 52,8%, tiếp theo là nhiễm khuẩn huyết chiếm 47,6%, viêm da chiếm 10,1%, Có 1 trường hợp viêm màng não mủ chiếm 0,4%. Kết quả phân lập vi khuẩn căn nguyên gây bệnh viêm da cho thấy 100% do tụ cầu vàng; Kết quả phân lập vi khuẩn ở bệnh nhi nhiễm khuẩn huyết cho thấy tỷ lệ cao nhất là vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae* chiếm 30,6%, sau đó là vi khuẩn *Staphylococcus aureus* chiếm 18,5%; Kết quả phân lập vi khuẩn ở bệnh nhi viêm phổi cho thấy cao nhất là vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae* chiếm 42,9%. Tỷ lệ khỏi bệnh chiếm 80,2%; thời gian nằm viện trung bình là 28,6 ± 25,3 ngày. **Kết luận:** Kết quả phân lập vi khuẩn cho thấy có nhiều vi khuẩn gây bệnh, trong đó đa số là vi khuẩn *Klebsiella*

¹Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Quỳnh Nga

Email: quynhnga@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.5.2023

Ngày duyệt bài: 22.5.2023