

miệng, buồn nôn, nhịp chậm, buồn nôn gặp nhiều ở nhóm bệnh nhân giải giãn cơ bằng neostigmin.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **G. S. Murphy, M. J. Avram, S. B. Greenberg et al.** (2021), Neuromuscular and Clinical Recovery in Thoracic Surgical Patients Reversed With Neostigmine or Sugammadex, *Anesth Analg*, 133(2), 435-444.
2. **Murphy G S** (2016), The Development and Regulatory History of Sugammadex in the United States, *Anesthesia Patient Safety Foundation*.
3. **Choi ES, Oh AY, Koo BW et al** (2017), Comparison of reversal with neostigmine of low-dose rocuronium vs. reversal with sugammadex of high-dose rocuronium for a short procedure, *Anaesthesia*, 72(10), 1185-1190.
4. **Yu Yulong, Wang Huijun, Bao Qianqian et al** (2022), Sugammadex Versus Neostigmine for Neuromuscular Block Reversal and Postoperative Pulmonary Complications in Patients Undergoing Resection of Lung Cancer, *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 36(9), 3626-3633.
5. **Phạm Quang Minh, Lê Huy Thế** (2022), So sánh kết quả giải giãn cơ của sugammadex liều 1mg/kg hoặc 0,5mg/kg với neostigmin liều 40mcg/kg tại mức TOF 0,25 Tạp chí Y học Việt Nam, 2(513), 154-158.
6. **Nag Kusha, Singh Dewan Roshan, Shetti Akshaya N et al** (2013), Sugammadex: A revolutionary drug in neuromuscular pharmacology, *Anesthesia, Essays and Researches*, 7(3), 302-306.
7. **Phạm Thị Vân Anh** (2020), So sánh hiệu quả giải giãn cơ của sugammadex so với neostigmin trong phẫu thuật nội soi u tuyến thượng thận, Luận văn chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Ngô Văn Định, Nguyễn Mạnh Cường, Phạm Văn Đông và cs** (2018), So sánh tác dụng hóa giải giãn cơ của Sugammadex với Neostigmin sau phẫu thuật nội soi ổ bụng ở người cao tuổi/ Tạp chí Y học Việt Nam, 1 và 2(473), 154-158.

## NHIỄM LIÊN CẦU KHUẨN B Ở THAI PHỤ ỒI VỠ NON TUỔI THAI TỪ 22-34 TUẦN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Đỗ Tuấn Đạt<sup>1</sup>, Đặng Hồng Hải<sup>1</sup>, Nguyễn Tài Đức<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ viêm nhiễm liên cầu khuẩn B (GBS) và một số yếu tố liên quan ở thai phụ ối vỡ non tuổi thai từ 22-34 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 8/2021 đến tháng 10/2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 75 trường hợp thai phụ ối vỡ non. **Kết quả:** Tỷ lệ thai phụ có ối vỡ non nhiễm liên cầu khuẩn B là 16%. Tỷ lệ thai phụ ối vỡ non nhiễm liên cầu khuẩn B trong nhóm viêm nhiễm đường sinh dục dưới là 21,4%. Nhóm thai phụ tuổi thai từ 28-34 tuần có tỷ lệ nhiễm GBS cao hơn nhóm thai phụ tuổi thai từ 22-27 tuần, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ giữ thai trong 1 tuần từ lúc vào viện là 58,3%, và không có bệnh nhân nào giữ thai được  $\geq 30$  ngày. **Kết luận:** Nhóm bệnh nhân có tiền sử sảy/ạo hút thai hoặc viêm nhiễm đường sinh dục có tỷ lệ nhiễm GBS (+) cao hơn.

**Từ khóa:** nhiễm liên cầu khuẩn B, ối vỡ non

#### SUMMARY

##### GROUP B STREPTOCOCCUS IN PRETERM PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Hồng Hải

Email: honghai2212@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 18.8.2023

#### FROM 22 TO 34 GESTATIONAL WEEKS AND RELATED FACTORS AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

**Objectives:** To determine the incidence of group B streptococcus and related factors in preterm premature rupture of membranes from 22 to 34 gestational weeks at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital between August 2021 and October 2022. **Methods:** Our cross-sectional study selected 75 cases with preterm premature rupture of membranes (PPROM). **Results:** 16 percent of patients with PPRM were positive for GBS. The incidence of GBS patients with premature rupture of membranes in group of lower genital tract infection was 21,4%. Among patients with cultures positive for group B Streptococcus, there was a trend for patients from 28 to 34 gestational weeks compared with those from 22 to 27 gestational weeks (20% vs 5%), but the difference was not statistically significant. The rate of patients who remained undelivered 7 days after admission was 58,3% and  $\geq 30$  days was 0%. **Conclusion:** Patients with a history of miscarriage/abortion or genital tract infections had a higher rate of positive for GBS.

**Keywords:** Group B streptococcus (GBS), preterm premature rupture of membranes.

#### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm nhiễm đường sinh dục dưới (VNĐSDĐ) là một trong những bệnh phụ khoa thường gặp nhất ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Đặc biệt trong thai kỳ, do sự thay đổi về nội tiết, hệ thống

miễn dịch và môi trường âm đạo nên nguy cơ viêm nhiễm đường sinh dục dưới cao hơn.<sup>1</sup> VNĐSSD cũng là một trong những nguyên nhân gây ối vỡ non và để lại nhiều biến chứng nặng nề cho trẻ sơ sinh và sản phụ.<sup>2</sup>

Ở phụ nữ mang thai, nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B âm đạo là một trong những nguyên nhân gây nhiễm khuẩn ối, vỡ ối non, chuyển dạ đẻ non và nặng nề hơn là nhiễm khuẩn huyết. Liên cầu khuẩn nhóm B có thể lây truyền từ mẹ sang con, thường chỉ xảy ra khi chuyển dạ hoặc vỡ ối và đây cũng là nguyên nhân tử vong chu sinh hàng đầu ở nhiều nước trên thế giới. Đặc biệt tỷ lệ này cao hơn ở các nước chưa phát triển và đang phát triển, khi vẫn đề chăm sóc trong quá trình mang thai còn giới hạn, dự phòng lây nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B còn chưa được quan tâm đúng mức<sup>3</sup>. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Một số yếu tố liên quan với nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B ở thai phụ ối vỡ non tuổi thai từ 22-34 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Các thai phụ được chẩn đoán ối vỡ non được khám và điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 8/2021 đến tháng 10/2022.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Các thai phụ được chẩn đoán ối vỡ non có tuổi thai từ 22-34 tuần.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Các trường hợp đã điều trị viêm nhiễm đường sinh dục trong vòng 1 tuần, dùng kháng sinh trong vòng 1 tuần hoặc thực rửa âm đạo trước thời điểm lấy mẫu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 75 trường hợp thai phụ ối vỡ non có tuổi thai từ 22-34 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không nằm trong nhóm tiêu chuẩn loại trừ, đồng ý tham gia nghiên cứu.

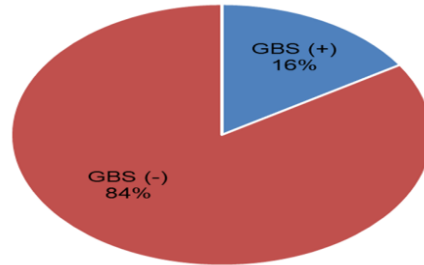
**Phương pháp thu thập thông tin:** Tất cả các trường hợp đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được thăm khám trực tiếp, lấy bệnh phẩm xét nghiệm ở âm đạo vùng dịch nghi ngờ có tác nhân gây bệnh hoặc ở cùng đồ sau và thu thập dữ liệu theo "Phiếu thu thập thông tin".

**Xử lý và phân tích số liệu:** Các số liệu thu thập được sẽ được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

**Đạo đức nghiên cứu:** Tuân thủ các nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu y học. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu của Bệnh viện Phụ sản Hà Nội và

Trường Đại học Y dược Thái Nguyên.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**



**Biểu đồ 1. Tỷ lệ thai phụ nhiễm GBS (n=75)**

**Nhận xét:** Tỷ lệ thai phụ có ối vỡ non nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B là 16,0%.

**Bảng 1. Phân bố bệnh nhân nhiễm GBS trong nhóm bệnh nhân có VNĐSSD**

Kết quả	VNĐSSD (n=42)		Không VNĐSSD (n=33)	
	n	(%)	n	(%)
GBS (+)	9	21,4	3	9,1
GBS (-)	33	78,6	30	90,9

**Nhận xét:** Trong nhóm bệnh nhân có VNĐSSD, tỉ lệ bệnh nhân có GBS (+) trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 21,4%.

**Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng khi vào viện (n=75)**

Đặc điểm	GBS(+) (n=12) (n/%)	GBS(-) (n=63) (n/%)
Khí hư	8 (66,7)	30 (47,6)
Ngứa âm hộ	0	7 (11,2)
Đau rát âm hộ	0	1 (1,6)
Không triệu chứng của VNĐSSD	4 (33,3)	30 (47,6)
Bạch cầu > 10,5 G/l	4 (33,3)	40 (63,5)
CRP >5 mg/L	2 (16,7)	12 (19,0)

**Nhận xét:** Triệu chứng thường gặp nhất là ra khí hư âm đạo và tỷ lệ này trong nhóm bệnh nhân có GBS (+) là 66,7%. Chỉ có 4 bệnh nhân (33,3%) có GBS (+) nhưng không có triệu chứng lâm sàng.

**Bảng 3. Liên quan giữa tiền sử sản khoa với tỉ lệ nhiễm GBS (n=75)**

Đặc điểm	GBS (+)		GBS (-)		p
	n	%	n	%	
Tiền sử sẩy/ nạo hút thai	Có	6 26,1	46 88,5	>0,05	
	Không	6 11,5	46 88,5		
Số lần sinh đẻ	Con sơ	5 17,2	24 82,8	>0,05	
	Con rạ	7 15,2	39 84,8		
Tiền sử sinh con non tháng	Có	2 20,0	8 80,0	>0,05	
	Không	10 15,4	55 84,6		
Tiền sử viêm nhiễm đường sinh dục	Có	4 21,1	15 78,9	>0,05	
	Không	8 14,3	48 85,7		

**Nhận xét:** Ở những nhóm bệnh nhân có tiền sử sẩy/ nạo hút thai, tiền sử sinh con non tháng, tiền sử viêm nhiễm đường sinh dục có tỉ lệ GBS (+) cao hơn nhóm còn lại, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 4. Liên quan giữa tuổi thai và tình trạng nhiễm GBS (n=75)**

Đặc điểm	Kết quả	GBS (+)		GBS (-)		P
		n	(%)	n	(%)	
Tuổi thai	22-27 tuần	1	5,0	19	95,0	>0,05
	28-34 tuần	11	20,0	44	80,0	

**Nhận xét:** Ở nhóm bệnh nhân vào viện ở tuần thai 22-27 tuần chỉ có 5% nhiễm GBS, trong khi đó nhóm bệnh nhân vào viện muộn hơn từ 28-34 tuần có 20% có GBS (+). Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 5. Phân bố số ngày giữ được thai và tỉ lệ nhiễm GBS**

Đặc điểm	GBS (+) (n=12)		GBS (-) (n=63)	
	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
≤7 ngày	7	58,3	41	65,1
7-29 ngày	5	41,7	15	23,8
≥30 ngày	0	0	7	11,1

**Nhận xét:** Trong nhóm bệnh nhân nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B, đa số chỉ giữ thai được 1 tuần, không có bệnh nhân nào giữ thai được ≥ 30 ngày.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Trong nghiên cứu của chúng tôi có 12/75 thai phụ có kết quả sàng lọc GBS dương tính, tương ứng với tỉ lệ là 16% (Biểu đồ 1). Chúng tôi sử dụng phương pháp nuôi cấy trên thạch máu dinh dưỡng để phát hiện vi khuẩn, đây là môi trường mà đa số vi khuẩn gây bệnh thông thường có thể mọc. Liên cầu khuẩn nhóm B thuộc chi Streptococcus, là một vi khuẩn Gram dương, thường gặp ở đường tiêu hóa và đường sinh dục của người phụ nữ. WHO và CDC khuyến cáo sàng lọc cấy GBS từ bệnh phẩm dịch âm đạo hoặc trực tràng ở phụ nữ có thai ở tuổi thai 35-37 tuần nhằm phát hiện các đối tượng nguy cơ và sử dụng kháng sinh dự phòng trong giai đoạn này. Nhiều nghiên cứu cho thấy liên cầu khuẩn nhóm B có khả năng tổng hợp prostaglandin E2 gây nên viêm màng ối và dẫn đến ối vỡ non, chuyển dạ đẻ non. Vì vậy, trong quá trình chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, chúng tôi cũng tiến hành xét nghiệm sàng lọc GBS ở những thai phụ có ối vỡ non. Kết quả của chúng tôi phù hợp với tỉ lệ mang GBS trong thai kỳ hiện nay, dao động từ 10 - 30%.<sup>4</sup> Tỉ lệ nhiễm

GBS ở thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương một số nghiên cứu trong nước như Nguyễn Thị Từ Vân (17,5%) tại Bệnh viện Từ Dũ và Hồ Ngọc Sơn (17,8%).<sup>5,6</sup> So sánh với các nghiên cứu khác trên thế giới, thì tỉ lệ nhiễm GBS tại Trung Quốc theo nghiên cứu của Jichang Chen là 6,1% hay tại Ả Rập là 13,4%.<sup>7</sup> Như vậy, tỉ lệ nhiễm GBS thay đổi theo chủng tộc, địa lý nơi sinh sống, cách thiết kế, cách tiến hành nghiên cứu, kỹ thuật lấy bệnh phẩm, kỹ thuật nuôi cấy, môi trường nuôi cấy và phương pháp phát hiện. Môi trường nuôi cấy chọn lọc cũng làm tăng tỉ lệ phát hiện bệnh.

Bảng 2 cho thấy kết quả các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B, trong nghiên cứu tỉ lệ bệnh nhân có khí hư là 50,7%. Trong đó nhóm bệnh nhân có GBS (+) tỉ lệ có triệu chứng này là 66,7%. Có 4 bệnh nhân (33,3%) có GBS (+) nhưng không có triệu chứng lâm sàng. So sánh sự phân bố bệnh nhân nhiễm GBS trong nhóm bệnh nhân có VNĐSDD, chúng tôi nhận thấy tỉ lệ bệnh nhân có GBS (+) trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 21,4%. Ở nhóm bệnh nhân không phát hiện VNĐSDD có 3 bệnh nhân (9,1%) có GBS (+). Vì vậy việc thăm khám sàng lọc để phát hiện viêm nhiễm đường sinh dục dưới cũng như liên cầu khuẩn nhóm B ở phụ nữ mang thai là cần thiết, đặc biệt ở nhóm đối tượng ở 3 tháng cuối của thai kỳ.

**4.2. Một số yếu tố liên quan với VNĐSDD.** Chúng tôi tìm hiểu mối liên quan giữa tiền sử sản khoa và tỉ lệ nhiễm GBS, kết quả Bảng 3 cho thấy ở những nhóm bệnh nhân có tiền sử sẩy/ nạo hút thai, tiền sử sinh con non tháng, tiền sử viêm nhiễm đường sinh dục có tỉ lệ GBS (+) cao hơn nhóm còn lại, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kết quả của chúng tôi giống với kết quả của tác giả Lucia Matsiane Lekala nghiên cứu tại Nam Phi cho thấy một tỉ lệ nhiễm GBS cao hơn ở những người có tiền sử nạo, sẩy thai hoặc thai chết lưu trước đó so với nhóm chưa có tiền sử can thiệp vào đường sinh dục.<sup>8</sup>

Về liên quan giữa tuổi thai phát hiện và tình trạng nhiễm GBS, ở nhóm bệnh nhân vào viện ở tuần thai 22-27 tuần chỉ có 5% nhiễm GBS, trong khi đó nhóm bệnh nhân vào viện muộn hơn từ 28-34 tuần có 20% có GBS (+). Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Mặc dù so với một số nghiên cứu thì nghiên cứu của chúng tôi cũng có những điểm tương đồng, tuy nhiên cần có những nghiên cứu ở cỡ mẫu lớn hơn trong độ tuổi thai này để đánh giá tất cả những đặc điểm bệnh và các yếu tố liên quan để

kiểm soát tốt hơn trong việc tư vấn, dự phòng và điều trị.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân đều được dùng kháng sinh dự phòng theo hướng dẫn xử trí ôi vỡ non của Bộ Y tế. Một số nghiên cứu đã cho thấy hiệu quả của sử dụng kháng sinh dự phòng trong chuyển dạ ở thai phụ nhiễm GBS (+) như giảm tỷ lệ lây truyền dọc từ mẹ sang con dẫn đến giảm 70% bệnh lý nhiễm trùng sơ sinh sớm. Đồng thời, sử dụng kháng sinh trong giai đoạn này còn giúp kéo dài thời gian để corticoid có tác dụng trong trường hợp thai non tháng. Theo kết quả bảng 5, trong nhóm bệnh nhân có VSĐSDĐ, tỉ lệ giữ được thai trong 1 tuần từ lúc vào viện là 58,3% và không có bệnh nhân nào giữ thai được  $\geq 30$  ngày. Rõ ràng việc nhiễm khuẩn và đặc biệt là nhiễm liên cầu khuẩn B có ảnh hưởng đến khả năng giữ được thai của bệnh nhân. Do vậy chúng tôi nhấn mạnh lần nữa cần phát hiện, sàng lọc sớm các bệnh nhân có viêm nhiễm đường sinh dục và liên cầu khuẩn nhóm B ở phụ nữ có thai, đặc biệt ở 3 tháng cuối thai kỳ.

#### V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B ở thai phụ ôi vỡ non khá cao do đó cần phát hiện sớm những thai phụ có triệu chứng viêm nhiễm phụ khoa, điều trị sớm nhằm giảm tỷ lệ này trong thai kỳ. Đồng thời, cần có chiến lược sàng lọc GBS thường quy và quản lý, dự phòng trước sinh

hợp lý để hạn chế tối đa kết cục thai kỳ bất lợi ở trẻ sơ sinh

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ánh ND.** Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ viêm nhiễm đường sinh dục dưới phụ nữ Hà Nội từ 18-49 tuổi có chồng. Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2010.
2. **ACOG.** Practise Bulletin Premature Rupture of Membranes. 172. 2016;
3. **Ahmadzia HK, Heine RP.** Diagnosis and management of group B streptococcus in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2014;41(4):629-647.
4. **Hanh TQ.** Nghiên cứu thực trạng nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B ở phụ nữ có thai và hiệu quả điều trị bằng kháng sinh trong chuyển dạ phòng lây truyền sang con tại bệnh viện Sản nhi Nghệ An 2018-2019, . Luận văn Tiến sĩ Y học, Viện Sốt rét-kí sinh trùng Trung ương.; 2020.
5. **Sơn HN, Nhung VT.** Tỷ lệ nhiễm Streptococcus nhóm B âm đạo-trực tràng ở phụ nữ mang thai 35-37 tuần tại bệnh viện đa khoa khu vực Nam Bình Thuận. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh.* 2017;21(1)
6. **Vân NTT, Hương BTT.** Tỷ lệ Streptococcus nhóm B âm đạo-trực tràng trên thai kì sinh non và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh.* 2013;17(3)
7. **Jichang chen, et al.** Group B streptococcal colonization in mothers and infants in western China: Prevalences and risk factors. *BMC Infectious Diseases.* 2018;
8. **Lucia Matsiane Lekala, et al.** Risk Factors Associated with Group B Streptococcus Colonization and Their Effect on Pregnancy Outcome. *Journal of Gynecology and Obstetrics.* 2015;3(6):121-128.

## MỘT TỔ ĐẶC ĐIỂM CỦA TỤY XƯƠNG Ở BỆNH NHÂN XƠ TỤY NGUYÊN PHÁT TẠI VIỆN HUYẾT HỌC - TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Ngọc Dũng<sup>1</sup>, Nguyễn Hải Quân<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu một số đặc điểm của tủy xyowng ở bệnh nhân xơ tủy nguyên phát tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có hồi cứu trên 43 người bệnh được chẩn đoán xơ tủy nguyên phát tại Khoa Bệnh máu tổng hợp, Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương từ tháng 1/2017 đến tháng 5/2022. **Kết quả:** Phần lớn bệnh nhân xơ tủy

nguyên phát có mật độ tủy nghèo chiếm 65,1%, tủy xương giảm sinh dòng hồng cầu (chiếm 69,8%), đa phần người bệnh đều có rối loạn hình thái dòng hồng cầu. 53,5% bệnh nhân có dòng bạch cầu giảm sinh, rối loạn hình thái dòng bạch cầu chiếm 93%, chủ yếu rối loạn ở giai đoạn trung gian của bạch cầu hạt. 100% có tăng sinh xơ ở các mức độ khác nhau kèm theo rối loạn hình thái mẫu tiểu cầu (55,8% MTC kích thước lớn, nhân lớn xù xì giảm múi; nhân trẻ MTC chiếm 9,3%), MTC đứng thành từng đám chiếm 69,8%. **Kết luận:** Tủy xương của người bệnh Xơ tủy nguyên phát có giảm sinh dòng hồng cầu và bạch cầu kèm theo rối loạn hình thái, 65,1% mật độ tế bào tủy nghèo, 100% có tăng sinh xơ, hầu hết bệnh nhân có tăng sinh MTC chiếm 83,7% kèm theo rối loạn hình thái. **Từ khóa:** Xơ tủy nguyên phát, tủy xương, hình thái

<sup>1</sup>*Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương*  
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Dũng  
Email: bsdungnhiht0874@gmail.com  
Ngày nhận bài: 12.6.2023  
Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023  
Ngày duyệt bài: 24.8.2023