

Nghiên cứu

Nhận xét giá trị chẩn đoán của nội soi buồng tử cung và sinh thiết nội mạc tử cung trong chẩn đoán viêm nội mạc tử cung mạn tính

Vũ Thị Minh Phương^{1*}, Vũ Văn Tâm², Lưu Vũ Dũng², Cao Ngọc Thành³

¹Nghiên cứu sinh chuyên ngành Sản phụ khoa, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

²Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng

³Bộ môn Phụ sản, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

*Tác giả liên hệ: Vũ Thị Minh Phương; Email: phuonghtss@gmail.com

Ngày nhận bài (Received): 14/11/2025; Ngày duyệt đăng (Accepted): 07/02/2026; Ngày xuất bản (Published): 28/06/2026

DOI:10.34071/jmp.2026.3.930

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Viêm nội mạc tử cung mạn tính (VNMTCT) là tình trạng viêm dai dẳng của lớp nội mạc tử cung, tỷ lệ mắc cao ở phụ nữ vô sinh, gây giảm tỷ lệ có thai của các bệnh nhân làm hỗ trợ sinh sản. Hiện nay, tiêu chuẩn trong chẩn đoán vẫn chưa thống nhất.

Mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ VNMTCT, đặc điểm của các bệnh nhân VNMTCT, nhận xét giá trị chẩn đoán VNMTCT qua nội soi buồng tử cung (BTC) so với sinh thiết NMTC.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu theo dõi dọc, tiến cứu thực hiện trên 103 bệnh nhân làm thụ tinh trong ống nghiệm tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng, từ tháng 8/2024 đến tháng 8/2025. Tiêu chuẩn chẩn đoán VNMTCT: (1) tiêu chuẩn mô bệnh học ≥ 5 CD138/10 HPF; (2) tiêu chuẩn nội soi BTC: Delphi.

Kết quả: Tỷ lệ mắc VNMTCT 37,9% (39/103). Tổn thương BTC trong VNMTCT hay gặp nhất là micropolyp (76,9%), cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bình thường ($p = 0,034$). Tổn thương xung huyết lan toả ở nhóm VNMTCT cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bình thường ($p = 0,013$). Tỷ lệ chẩn đoán VNMTCT theo nội soi BTC và mô bệnh học: Se 85%, Sp 22%, PPV 40%, NPV 70%. Giá trị tiên lượng chẩn đoán VNMTCT của nội soi BTC so với mô bệnh học ở mức thấp. Các yếu tố ảnh hưởng tới nguy cơ mắc VNMTCT: tỷ lệ mắc cao hơn ở BN vô sinh thứ phát so với vô sinh nguyên phát.

Kết luận: Tỷ lệ mắc VNMTCT 37,9%; micropolyp và xung huyết lan tỏa là 2 tổn thương BTC cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm VNMTCT so với nhóm bình thường. Giá trị chẩn đoán của nội soi BTC ở mức trung bình.

Từ khóa: viêm nội mạc tử cung mạn tính; nội soi buồng tử cung; sinh thiết nội mạc tử cung.

Diagnostic value of hysteroscopy and endometrial biopsy in the diagnosis of chronic endometritis

Vu Thi Minh Phuong^{1*}, Vu Van Tam², Luu Vu Dung², Cao Ngoc Thanh³

¹PhD Students in Obstetrics and Gynecology, School of Medicine and Pharmacy, Hue University

²Hai Phong Obstetrics and Gynecology Hospital

³Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Background: Chronic endometritis (CE) is a persistent inflammation of the endometrial lining. The prevalence of CE is high in infertile women. There is no accepted diagnostic standard.

Objectives: To evaluate the prevalence of CE, the characteristics of CE patients, assess the diagnostic value of CE diagnosis via hysteroscopy compared to endometrial biopsy.

Methods: A prospective study was conducted on 103 patients undergoing in vitro fertilization (IVF) at Hai Phong Obstetrics and Gynecology Hospital between August 2024 and August 2025. The diagnostic criterion of biopsy for CE: ≥ 5 CD138+ plasma cells per 10 high-power fields (HPF); hysteroscopic diagnosis was based on the Delphi 2019 consensus criteria.

Results: The prevalence of CE among IVF patients was 37.9% (39/103). The most frequent hysteroscopic lesion associated with CE is micropolyp (76.9%); micropolyp and diffuse endometrial hyperemia were significantly higher in the CE group compared with the normal group. The diagnostic performance of hysteroscopy compared with histopathology showed a Se 85%, Sp 22%, PPV 40%, NPV 70%. The predictive ability of hysteroscopy for diagnosing CE relative to histopathological confirmation is moderate. Factors

associated with the risk of CE: Chronic endometritis is more frequent among patients with secondary infertility than primary infertility.

Conclusion: The prevalence of CE was 37.9%. Hysteroscopy compared with histopathology demonstrates limited diagnostic performance and poor discriminatory capacity for chronic endometritis.

Keywords: Chronic endometritis; hysteroscopy; endometrial biopsy.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm nội mạc tử cung mạn tính (VNMTCT - chronic endometritis) là tình trạng viêm dai dẳng của lớp nội mạc tử cung, tỷ lệ mắc bệnh thay đổi rất khác nhau tùy theo từng nghiên cứu, ước tính ở phụ nữ vô sinh dao động từ 0,2 đến 46% [1]. Nguyên nhân có thể do các yếu tố bên ngoài hoặc bệnh lý cấu trúc của buồng tử cung, hoặc của dụng cụ tử cung, hoặc các tác nhân truyền nhiễm gây ra. Về bản chất sinh bệnh học, viêm nội mạc tử cung mạn tính biểu hiện sự mất cân bằng giữa hệ vi sinh vật nội mạc tử cung và hệ miễn dịch của vật chủ, với sự tăng sinh bất thường của các loại vi sinh vật khác nhau, chủ yếu là vi khuẩn gram âm và vi khuẩn nội bào. Các tác nhân gây bệnh này thay đổi theo nhiều tác giả khác nhau. Phương pháp điều trị hiệu quả nhất cho đến nay là liệu pháp kháng sinh, có tác dụng chữa khỏi trong phần lớn các trường hợp. Ngoài ra các phương pháp hỗ trợ khác: truyền kháng sinh vào BTC, corticoid, phối hợp nội tiết dydrogesterone, huyết tương giàu tiểu cầu tự thân, probiotic và dinh dưỡng cũng cho kết quả khả quan. Tuy nhiên, những bệnh nhân không được điều trị có thể phát triển bệnh viêm vùng chậu mạn tính hoặc kéo dài tình trạng vô sinh, hoặc thất bại làm tổ lặp lại (RIF) hoặc sảy thai liên tiếp (RPL) [1]. Hiện nay các tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng và cận lâm sàng nghiêm ngặt vẫn chưa được thống nhất. Nhiều nghiên cứu đề xuất các xét nghiệm khác nhau, tuy nhiên giá trị chẩn đoán cao nhất hiện nay dựa trên sinh thiết nội mạc tử cung nhuộm hóa mô miễn dịch hoặc dựa trên các tổn thương trong buồng tử cung qua nội soi tử cung [2].

Do thiếu các đồng thuận và bằng chứng về giá trị chẩn đoán bệnh lý VNMTCT giữa các kỹ thuật hiện nay, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu: “Nhận xét giá trị chẩn đoán của nội soi buồng tử cung và sinh thiết nội mạc tử cung trong chẩn đoán viêm nội mạc tử cung mạn tính”, nhằm mục tiêu đánh giá tỷ lệ, đặc điểm của các bệnh nhân viêm nội mạc tử cung mạn tính và nhận xét giá trị chẩn đoán của nội soi buồng tử cung và sinh thiết nội mạc tử cung trong chẩn đoán viêm nội mạc tử cung mạn tính.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: nghiên cứu trên các bệnh nhân (BN) vô sinh làm thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng, thỏa mãn

các tiêu chuẩn sau:

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Các bệnh nhân vô sinh làm TTTON.
- Tuổi 18 - 50.
- Có ít nhất 1 phôi ngày 3 hoặc ngày 5.
- Đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các BN vô sinh phát hiện các nguyên nhân cơ học của buồng tử cung (BTC): polyp buồng tử cung, u xơ cơ tử cung dưới nội mạc, dính BTC, dị dạng BTC.
- Đang mắc các bệnh lý cấp tính hoặc bệnh lý toàn thân.
- Bệnh nhân có tiền sử điều trị nội tiết, kháng khuẩn trong vòng 4 tuần trước khi nghiên cứu.
- Bệnh nhân không chuyển phôi.
- Bỏ theo dõi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, theo dõi dọc.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu

Lấy mẫu thuận tiện không xác suất: tất cả các bệnh nhân làm TTTON tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng thỏa mãn các tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu: áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho 1 tỷ lệ

$$\text{Trong đó: } n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{(p.e)^2}$$

$Z_{(1-\alpha/2)}$ = Hệ số tin cậy với $\alpha = 0,05 \rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu.

1- ϵ : mức độ chính xác mong muốn của kết quả nghiên cứu.

ϵ thông thường chọn từ 0,1 - 0,4. Nghiên cứu chọn $\epsilon = 0,32$

p là tỷ lệ mắc viêm nội mạc tử cung mạn tính, theo nghiên cứu của Kitaya và cộng sự năm 2010 là 29%, thay vào công thức tính cỡ mẫu chúng ta được $n = 91,8$. Chúng tôi lấy thêm 10% dự kiến các bệnh nhân mất dấu được số lượng bệnh nhân cho nghiên cứu là 103 bệnh nhân [3].

2.2.4. Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Hỗ trợ Sinh sản, Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng.

2.2.5. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 8 năm 2025.

2.2.6. Quy trình nghiên cứu:

- Bước 1: Khám lâm sàng, chọn đối tượng thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu.
- Bước 2: Hỏi bệnh, thăm khám, tiến hành các xét

nghiệm, tiến hành kích thích buồng trứng, chọc hút noãn, tiêm tinh trùng vào bào tương noãn (ICSI) tạo phôi. Các BN thỏa mãn điều kiện lựa chọn và loại trừ sẽ được nhận vào nghiên cứu.

- Bước 3: tất cả các BN được nhận vào nghiên cứu được tiến hành nội soi buồng tử cung chẩn đoán thường quy tại phòng khám vô sinh, trong quá trình nội soi BN được lấy 2 mẫu sinh thiết nội mạc tử cung tại 2 vị trí khác nhau bằng kẹp chuyên dụng gắn vào ống nội soi. Thời điểm: sau sạch kinh 2 ngày từ ngày 8 đến ngày 10 của vòng kinh. Mẫu mô NMTC được ngâm trong dung dịch Formalin 10% rồi tiến hành xét nghiệm mô bệnh học.

- Trường hợp sinh thiết NMTC có kết quả âm tính, tiến hành theo dõi NMTC để chuyển phôi đông lạnh cho BN vào chu kỳ sau.

- Trong trường hợp sinh thiết NMTC có kết quả dương tính, tiến hành điều trị kháng sinh cho BN. Kháng sinh được lựa chọn theo khuyến cáo của Trung tâm kiểm soát dịch bệnh Mỹ (Doxycycline 100 mg × 14 ngày, 2 lần/ngày, sáng 1 viên, tối 1 viên) [4].

2.2.7. Các tiêu chuẩn chẩn đoán:

2.2.7.1. Chẩn đoán VNMTCT: dựa vào nhuộm tiêu bản theo phương pháp hóa mô miễn dịch (HMMD) tìm tế bào CD138 trong mẫu bệnh phẩm mô đệm của NMTC, theo nghiên cứu gần nhất của tác giả Santoro và cộng sự công bố năm 2023: phát hiện ≥ 5 tế bào CD138/10 vi trường HPF [5].

2.2.7.2. Chẩn đoán VNMTCT qua nội soi buồng tử cung theo Delphi năm 2019: khi có 1 trong 5 tổn thương điển hình: (1) Hình ảnh dâu tây, (2) xung huyết khu trú, (3) các đốm xuất huyết, (4) micro-polyp và (5) phù nề mô đệm [6].

2.2.7.3. Thất bại làm tổ liên tiếp (Recurrent Implantation Failure - RIF) chỉ áp dụng cho bệnh nhân trải qua điều trị hỗ trợ sinh sản, là tình trạng không có thai lâm sàng sau tối thiểu ba lần chuyển phôi có chất lượng cao, trong một hoặc nhiều chu kỳ IVF [7].

2.2.7.4. Sảy thai liên tiếp (Recurrent Pregnancy Loss - RPL): Theo Hiệp hội Sinh sản châu Âu (ESHRE), RPL có thể được xác định khi mất thai từ hai lần trở lên đến 24 tuần, kể cả trường hợp thai sinh hóa [7].

2.2.8. Phương pháp xử lý số liệu: phần mềm SPSS 20.0 và R, tính χ^2 để xác định sự khác nhau giữa hai tỷ lệ. Phép tính t (test) để đánh giá sự khác nhau giữa hai số trung bình. Các tỷ lệ khác nhau có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Đánh giá giá trị phương pháp chẩn đoán bằng các thông số: Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương tính, giá trị tiên đoán âm tính và vẽ đường cong ROC. Cách tính độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán âm tính và giá trị tiên đoán dương tính của phương pháp chẩn đoán.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế thông qua mã số H2023/463.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ mắc viêm nội mạc tử cung mạn tính và đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Tỷ lệ mắc viêm nội mạc tử cung mạn tính: chúng tôi ghi nhận được có 39 trường hợp mắc VNMTCT, chiếm tỷ lệ 37,9% (39/103 bệnh nhân), các bệnh nhân bình thường có 64 BN chiếm tỷ lệ 62,1%.

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

		Nhóm VNMTCT (n = 39)	Nhóm bình thường (n = 64)	Tổng (n = 103)
Tuổi BN ($X \pm SD$)		35,3 ± 4,8	33,2 ± 4,8	34,0 ± 4,7
BMI		22,2 ± 2,8	21,8 ± 2,4	21,9 ± 2,6
Thời gian vô sinh (năm)		3,7 ± 3,2	3,2 ± 2,6	3,4 ± 2,8
CKKN	Kinh nguyệt đều	29 (74,4)	43 (67,2)	72 (69,9)
	Kinh không đều	10 (25,6)	21 (32,8)	31 (30,1)
Tính chất kinh nguyệt	Bình thường	32 (82,1)	57 (89,1)	89 (86,4)
	Rong kinh	4 (10,3)	3 (4,7)	7 (6,8)
	Thống kinh	3 (7,7)	4 (6,3)	7 (6,8)
Số lượng máu kinh	Cường kinh	2 (5,1)	2 (3,1)	4 (3,9)
	Bình thường	36 (92,3)	62 (96,9)	98 (95,1)
	Thiếu kinh	1 (2,6)	0	1 (1,0)

Tuổi trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là 34,0 ± 4,7 trong khi ở nhóm CE là 35,3 ± 4,8, nhóm bình thường là 33,2 ± 4,8. BMI các BN trong ngưỡng bình thường, các thông số cơ bản tính chất kinh nguyệt, vòng kinh, thời gian vô sinh, lượng máu kinh chưa ghi nhận đặc biệt.

3.2. Nhận xét giá trị chẩn đoán viêm nội mạc tử cung qua nội soi buồng tử cung so với sinh thiết nội mạc tử cung

Bảng 2. Mối liên quan giữa các tổn thương buồng tử cung và mắc viêm nội mạc tử cung mạn tính

	Nhóm VNMTCT (n = 39)	Nhóm bình thường (n = 64)	p
Bình thường	1 (2,6)	3 (4,7)	1,000*
Phù nề mô đệm	18 (46,2)	27 (42,2)	0,694
Micro polyp	30 (76,9)	36 (56,3)	0,034
Đốm xuất huyết	27 (69,2)	52 (81,3)	0,162
Xung huyết	29 (74,4)	48 (75,0)	0,942
Xung huyết khu trú	18 (46,2)	42 (65,6)	0,052
Xung huyết lan toả	11 (28,2)	6 (9,4)	0,013
Bề mặt dâu tây	5 (12,8)	4 (6,3)	0,294*
Mạch máu giãn	11 (28,2)	10 (15,6)	0,124
Phù nề mô đệm + micro polyp	16 (41,0)	25 (64,1)	0,843
Phù nề mô đệm + xung huyết	18 (46,1)	31 (48,4)	0,822
Micro polyp + xung huyết	20 (51,2)	29 (45,3)	0,556
Cả 3 tổn thương (phù nề, micro-polyp, xung huyết)	13 (33,3)	21 (53,8)	0,957

*Fisher's exact test

Tổn thương buồng tử cung gặp nhiều nhất trong nhóm viêm nội mạc tử cung mạn tính là micro polyp (76,9%), cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bình thường ($p = 0,034$). Tổn thương xung huyết gặp 74,4% ở nhóm VNMTCT, khi chia xung huyết thành 2 nhóm: xung huyết lan toả và khu trú thì ghi nhận tỷ lệ xung huyết lan toả ở nhóm VNMTCT cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bình thường ($p = 0,013$). Có 1 bệnh nhân không có bất kỳ tổn thương nào trong buồng tử cung khi nội soi, nhưng vẫn mắc VNMTCT.

Bảng 3. Tỷ lệ chẩn đoán viêm nội mạc tử cung mạn tính theo nội soi buồng tử cung so với mô bệnh học ở các ngưỡng CD138 khác nhau

KQ nội soi	CD138		CD138		CD138		Tổng
	≥ 5	< 5	≥ 2	< 2	≥ 1	< 1	
Dương tính	33	50	51	32	68	15	83
Âm tính	6	14	10	10	13	7	20
Tổng	39 (37,9%)	64 (62,1%)	61 (59,2%)	42 (40,8%)	81 (78,6%)	22 (21,4%)	103

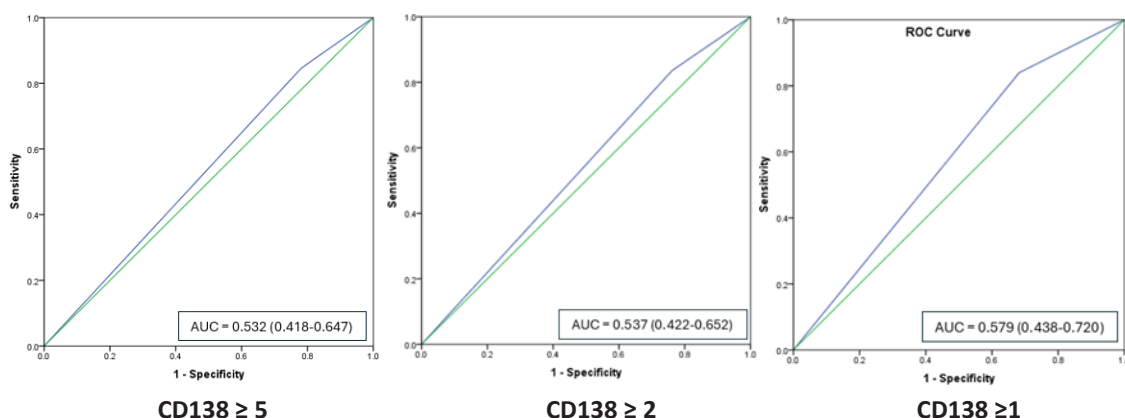
Với hệ thống tính điểm các tổn thương trong buồng tử cung Delphi, chúng tôi ghi nhận được tỷ lệ chẩn đoán của nội soi buồng tử cung so với sinh thiết NMTC làm mô bệnh học với các ngưỡng chẩn đoán khác nhau lần lượt là ≥ 5 tế bào CD138/10 HPF; ≥ 2 CD138/10 HPF; ≥ 1 CD138/10 HPF như sau:

- Tỷ lệ VNMTCT khi lấy ngưỡng ≥ 5 tế bào CD138/10 HPF là 37,9%
- Tỷ lệ VNMTCT khi lấy ngưỡng ≥ 2 tế bào CD138/10 HPF 59,2%
- Tỷ lệ VNMTCT khi lấy ngưỡng ≥ 1 tế bào CD138/10 HPF 78,6%.

Bảng 4. Giá trị chẩn đoán của các tổn thương buồng tử cung theo các ngưỡng CD138 khác nhau

Ngưỡng CD138	Se	Sp	NPV	PPV	LR+	LR-	Accuracy
≥ 5	0,85 (0,71 - 0,93)	0,22 (0,13 - 0,34)	0,70 (0,48 - 0,86)	0,40 (0,30 - 0,50)	1,08 (0,85 - 1,37)	0,70 (0,34 - 1,43)	0,46 (0,36 - 0,55)
≥ 2	0,83 (0,72 - 0,91)	0,24 (0,13 - 0,39)	0,50 (0,30 - 0,70)	0,61 (0,51 - 0,71)	1,10 (0,90 - 1,35)	0,69 (0,39 - 1,22)	0,59 (0,50 - 0,68)
≥ 1	0,84 (0,74 - 0,91)	0,32 (0,16 - 0,53)	0,35 (0,18 - 0,57)	0,82 (0,72 - 0,89)	1,23 (0,88 - 1,72)	0,50 (0,27 - 0,93)	0,73 (0,63 - 0,81)

Với ngưỡng cắt 5 CD138/10 HPF, độ nhạy của các tổn thương buồng tử cung đạt mức cao nhất 0,85; tuy nhiên mức độ chính xác cao nhất khi ngưỡng cắt ở mức 1 CD138/10 HPF, đạt 0,73. Từ đó ta vẽ được biểu đồ AUC của các ngưỡng cắt CD138 lần lượt như sau:



Hình 1. Mối tương quan giữa giá trị chẩn đoán viêm nội mạc tử cung mạn tính theo nội soi buồng tử cung so với các ngưỡng mô bệnh học khác nhau

Với các ngưỡng CD138 khác nhau, giá trị tiên lượng của tổn thương nội soi BTC đạt mức độ thấp với AUC lần lượt là 0,532; 0,537 và 0,579.

Bảng 5. Các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng tới tỷ lệ mắc viêm nội mạc tử cung mạn tính

	Nhóm VNMTCT	Nhóm bình thường	p
Thời gian vô sinh (năm)	3,7 ± 3,2	3,2 ± 2,6	0,5
Loại vô sinh			0,034
Vô sinh I	5 (12,8)	20 (31,3)	
Vô sinh II	34 (87,2)	44 (68,7)	
Kinh nguyệt không đều	10 (25,6)	21 (32,8)	0,441
Cường kinh (so với KN bình thường)	2 (5,1)	2 (3,1)	0,63*
Tiền sử viêm nhiễm phụ khoa	7 (17,9)	10 (15,6)	0,75
Tiền sử đẻ thường	15 (38,5)	15 (23,4)	0,10
Tiền sử mổ đẻ	17 (43,6)	23 (35,9)	0,44
Khuyết sọ mổ lấy thai	1 (2,6)	11 (17,2)	0,028*
RIF	4 (10,3)	2 (3,1)	0,19*
RPL	2 (5,1)	4 (6,3)	1,0*
Tiền sử sảy thai, thai lưu	11 (28,2)	16 (25,0)	0,72

*Fisher's exact test

Trong các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng tới tỷ lệ mắc VNMTCT, nhận thấy VNMTCT hay gặp ở vô sinh II (vô sinh thứ phát) hơn so với vô sinh I (nguyên phát) (p= 0,034). Ở nhóm VNMTCT có tỷ lệ khuyết sọ mổ lấy thai thấp hơn nhóm bình thường (2,6% so với 17,2%).

4. BÀN LUẬN

4.1. Nghiên cứu đánh giá tỷ lệ bệnh lý viêm nội mạc tử cung mạn tính và đặc điểm của các bệnh nhân viêm nội mạc tử cung mạn tính

4.1.1. Tỷ lệ viêm nội mạc tử cung mạn tính: 37,9% (39/103 BN). Thực tế hiện nay tỷ lệ VNMTCT mạn tính phụ thuộc nhiều vào nhóm đối tượng nghiên cứu, xét nghiệm sử dụng và tiêu chuẩn chẩn đoán. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tiêu chuẩn chẩn đoán sử dụng là sinh thiết NMTC làm hóa mô miễn dịch, với ngưỡng ≥ 5 CD138/10 HPF, đây được cho là ngưỡng có khả năng phát hiện viêm nội mạc tử cung có ý nghĩa cao nhất về tiên lượng cho kết cục thai kỳ. Khi dùng ngưỡng này, chúng tôi quan sát thấy tỷ lệ này

tương đương với các nghiên cứu khác trong nhóm vô sinh sử dụng cùng ngưỡng chẩn đoán [8].

Khi chúng tôi thử lấy theo các ngưỡng cắt CD138 khác nhau, chúng tôi thu được tỷ lệ viêm nội mạc tử cung mạn tính rất cao, vô hình chung làm nhấn mạnh quá mức tình trạng của bệnh lý này, do đó, không có giá trị phân loại bệnh nhân cần can thiệp hay không (thể hiện trong bảng 3).

4.1.2. Đặc điểm của các bệnh nhân VNMTCT mạn tính: chúng tôi ghi nhận các đặc điểm lâm sàng của các bệnh nhân VNMTCT mạn tính như sau: tuổi trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là $34,0 \pm 4,7$ trong khi ở nhóm VNMTCT mạn tính là $35,3 \pm 4,8$, nhóm bình thường là $33,2 \pm 4,8$. BMI các bệnh nhân

trong ngưỡng bình thường, các thông số cơ bản tính chất kinh nguyệt, vòng kinh, thời gian vô sinh, lượng máu kinh chưa thấy gì đặc biệt. Điều này cho thấy các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân VNMTCT mạn tính thường không đặc hiệu, không phải là một dấu hiệu gợi ý cho bệnh lý này, đây cũng là lý do bệnh lý này thường xuyên bị bỏ sót trong thực hành lâm sàng, qua đó đánh giá chưa đúng mức độ ảnh hưởng của bệnh lý này đến sức khỏe sinh sản ở các bệnh nhân vô sinh, đặc biệt ở nhóm vô sinh không rõ nguyên nhân, hoặc RIF, RPL. Thực trạng này đề xuất cần tầm soát bệnh lý VNMTCT mạn tính trong các đối tượng cần hỗ trợ sinh sản như vô sinh, đặc biệt ở nhóm vô sinh không rõ nguyên nhân, hoặc RIF, RPL với các xét nghiệm chuyên sâu phù hợp.

4.2. Nhận xét giá trị chẩn đoán viêm nội mạc tử cung qua nội soi buồng tử cung so với sinh thiết nội mạc tử cung

4.2.1. Các tổn thương quan sát thấy khi nội soi BTC: Khi đánh giá từng tổn thương độc lập, theo hệ thống tính điểm Delphi, chúng tôi ghi nhận sự khác biệt của tổn thương micro polyp cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm VNMTCT so với nhóm thông thường với ($p = 0,034$). Đây cũng là dấu hiệu được coi là đặc trưng của VNMTCT theo đồng thuận Delphi và nhiều tác giả khác [9].

Khi chúng tôi tiến hành phân tích các tổn thương BTC theo thang điểm Delphi cải tiến của tác giả Liu năm 2020, VNMTCT được chẩn đoán khi hệ thống tính điểm > 2 điểm, với đánh giá điểm cho các tổn thương: xung huyết lan tỏa: 4, đốm xuất huyết: 2, xung huyết khu trú: 2, mạch máu giãn: 2, micro polyps: 1, polyp nội mạc: 1, tiền sử thất bại IUI lặp lại: 2. Khi tổn thương xung huyết chia thành 2 nhóm với điểm khác biệt nhau: xung huyết lan tỏa và khu trú thì chúng tôi nhận thấy tổn thương xung huyết

lan tỏa ở nhóm VNMTCT mạn tính cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bình thường.

Như vậy có thể coi micropolyp và xung huyết lan tỏa là dấu hiệu nội soi buồng tử cung gợi ý cho VNMTCT [9].

4.2.2. Về giá trị chẩn đoán CE theo nội soi BTC so với mô bệnh học: khi lấy ngưỡng chẩn đoán VNMTCT mạn tính theo mô bệnh học ≥ 5 CD138/10 HPF, chúng tôi ghi nhận độ nhạy của nội soi chẩn đoán đạt mức cao nhất (0,85), cho phép nhận diện tốt các trường hợp viêm nội mạc tử cung. Tuy nhiên, độ chính xác tổng thể (accuracy) không phải tối ưu. Trong khi đó, ngưỡng cắt ≥ 1 CD138/10 HPF cho thấy accuracy cao nhất (0,73) và PPV cao nhất (0,82), gợi ý hiệu quả tốt hơn trong việc xác định các trường hợp thật sự dương tính. Mặc dù theo nguyên lý chung, giảm ngưỡng cắt sẽ làm tăng độ nhạy và giảm độ đặc hiệu, nhưng trong nghiên cứu này sự thay đổi độ nhạy theo ngưỡng CD138 rất ít. Điều này cho thấy phân bố CD138 trong quần thể nghiên cứu có xu hướng phân cực (rất thấp hoặc rất cao), khiến việc thay đổi ngưỡng từ ≥ 1 đến ≥ 5 không làm thay đổi đáng kể khả năng phát hiện bệnh.

Mặc dù vậy, giá trị chẩn đoán của nội soi buồng tử cung so với mô bệnh học ở cả 3 ngưỡng CD138 khác nhau đều có độ đặc hiệu và AUC ở mức độ thấp (lần lượt là 0,532; 0,537 và 0,579), cho thấy nội soi buồng tử cung có giá trị chẩn đoán hạn chế và khả năng phân biệt thấp đối với viêm nội mạc tử cung mạn tính ở cả ba ngưỡng CD138.

Với giả thiết hệ thống tính điểm các tổn thương khi nội soi BTC theo tác giả Liu 2020 có tính chi tiết cao hơn, chúng tôi tiến hành phân tích các giá trị tiên lượng chẩn đoán của các tổn thương của buồng tử cung với các ngưỡng chẩn đoán mô học khác nhau, kết quả thể hiện ở các Bảng 6; Bảng 7; Hình 2 và Hình 3.

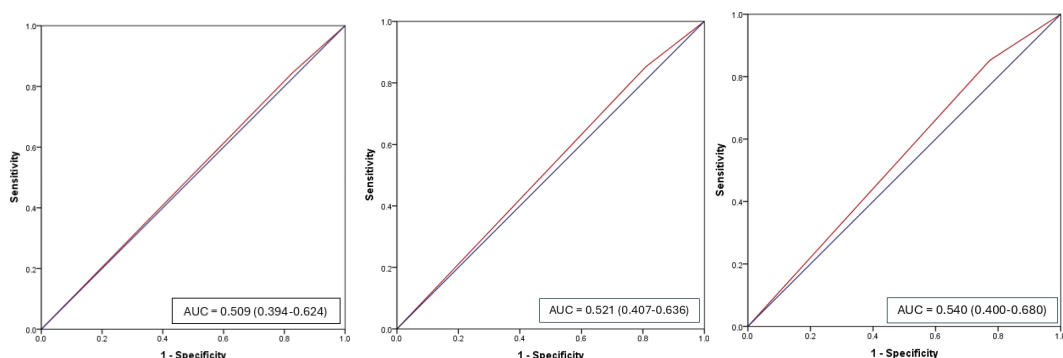
Bảng 6. Tỷ lệ chẩn đoán viêm nội mạc tử cung mạn tính theo nội soi buồng tử cung theo khuyến cáo của Liu so với mô bệnh học ở các ngưỡng khác nhau

KQ nội soi	CD138		CD138		CD138		Tổng
	≥ 5	< 5	≥ 2	< 2	≥ 1	< 1	
Dương tính	33	53	52	34	69	17	86
Âm tính	6	11	9	8	12	5	17
Tổng	39	64	61	42	81	22	103

Bảng 7. Giá trị chẩn đoán của các tổn thương nội soi buồng tử cung theo khuyến cáo của Liu ở các ngưỡng CD138 khác nhau

Ngưỡng CD138	Se	Sp	NPV	PPV	LR+	LR-	Accuracy
≥ 5	0,84	0,17	0,65	0,38	1,02	0,89	0,42
≥ 2	0,85	0,19	0,47	0,60	1,05	0,77	0,58
≥ 1	0,85	0,22	0,29	0,80	1,10	0,65	0,72

Ở các ngưỡng CD138 khác nhau thì độ nhạy đều đạt mức cao ($> 80\%$), trong khi độ đặc hiệu thấp. Mức độ chính xác cao nhất của giá trị hình ảnh nội soi khi ngưỡng cắt ở mức 1 CD138/10 HPF, đạt 0,72.



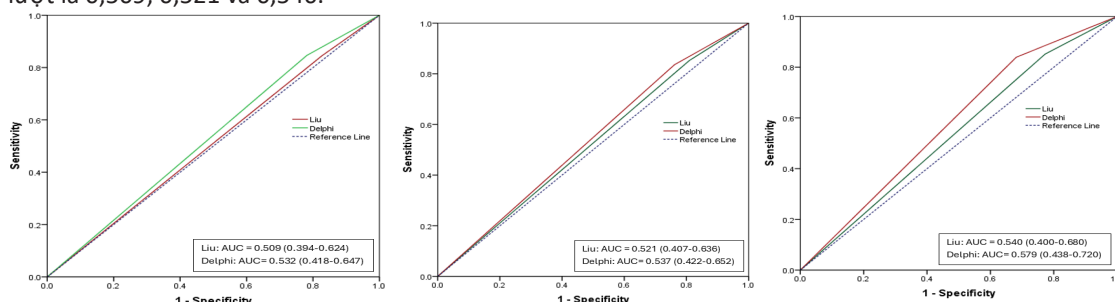
CD138 ≥ 5

CD138 ≥ 2

CD138 ≥ 1

Hình 2. Giá trị tiên lượng của tổn thương buồng tử cung khi nội soi theo các ngưỡng CD138 khác nhau

Với các ngưỡng CD138 khác nhau, giá trị tiên lượng của nội soi chẩn đoán đạt mức độ thấp với AUC lần lượt là 0,509; 0,521 và 0,540.



Hình 3. Giá trị tiên lượng của nội soi chẩn đoán theo tiêu chuẩn Delphi và tiêu chuẩn Liu

Kết quả phân tích giá trị tiên lượng các tổn thương buồng tử cung theo phân loại của hệ thống Liu cũng cho thấy giá trị tiên lượng của 2 hệ thống so với mô bệnh học ở mức độ thấp với AUC đều < 0,6. Như vậy, nếu coi sinh thiết mô đệm NMTC đánh giá CD138 là tiêu chuẩn vàng thì nội soi buồng tử cung không nên dùng đơn độc để chẩn đoán viêm nội mạc tử cung mạn tính, mà nên kết hợp thêm với mô bệnh học hoặc các xét nghiệm chuyên biệt khác.

4.2.3. Đánh giá các yếu tố nguy cơ với tỷ lệ mắc VNMTCT mạn tính: chúng tôi ghi nhận VNMTCT hay gặp ở VS thứ phát hơn so với VS nguyên phát. Điều này nổi lên ngay cả những đối tượng VS nguyên phát khi cần thiết chúng ta vẫn nên tầm soát VNMTCT mạn tính. Ở các BN có khuyết sọ mô lấy thai tỷ lệ VNMTCT thấp hơn đáng kể so với các BN bình thường, kết luận này ngược với giả thiết thông thường, tuy nhiên số liệu các BN có khuyết sọ mô lấy thai trong nhóm nghiên cứu thấp, không mang tính đại diện.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mắc VNMTCT mạn tính là 37,9%, VNMTCT hay gặp ở nhóm vô sinh thứ phát hơn so với vô sinh nguyên phát, micropolyp và xung huyết lan tỏa là 2 tổn thương quan sát thấy qua nội soi buồng tử cung cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm VNMTCT so

với nhóm bình thường. Nội soi buồng tử cung có giá trị chẩn đoán hạn chế và khả năng phân biệt thấp đối với viêm nội mạc tử cung mạn tính.

6. KIẾN NGHỊ

Nên kết hợp 2 phương pháp nội soi buồng tử cung và sinh thiết nội mạc tử cung để tăng giá trị chẩn đoán trong viêm nội mạc tử cung mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Song D, Feng X, Zhang Q, Xia E, Xiao Y, Xie W et al. Prevalence and confounders of chronic endometritis in premenopausal women with abnormal bleeding or reproductive failure. Reproductive biomedicine online. 2018;36(1):78-83.
2. Yang R, Du X, Wang Y, Song X, Yang Y, Qiao J. The hysteroscopy and histological diagnosis and treatment value of chronic endometritis in recurrent implantation failure patients. Archives of gynecology and obstetrics. 2014;289:1363-9.
3. Kitaya K, Yasuo T. Aberrant expression of selectin E, CXCL1, and CXCL13 in chronic endometritis. Mod Pathol. 2010;23(8):1136-46.
4. Cicinelli E, Matteo M, Tinelli R, Lepera A, Alfonso R, Indraccolo U, et al. Prevalence of chronic endometritis in repeated unexplained implantation failure and the IVF success rate after antibiotic therapy. Human reproduction (Oxford, England). 2015;30(2):323-30.

5. Santoro A, Travaglino A, Inzani F, Angelico G, Raffone A, Maruotti GM, et al. The role of plasma cells as a marker of chronic endometritis: a systematic review and meta-analysis. *Biomedicines*. 2023;11(6):1714.
6. Cicinelli E, Vitagliano A, Kumar A, Lasmar RB, Bettocchi S, Haimovich S. Unified diagnostic criteria for chronic endometritis at fluid hysteroscopy: proposal and reliability evaluation through an international randomized-controlled observer study. *Fertil Steril*. 2019;112(1):162-73.e2.
7. Bashiri A, Halper KI, Orvieto R. Recurrent Implantation Failure-update overview on etiology, diagnosis, treatment and future directions. *Reproductive Biology and Endocrinology*. 2018;16(1):121.
8. Liu Y, Chen X, Huang J, Wang CC, Yu MY, Laird S, et al. Comparison of the prevalence of chronic endometritis as determined by means of different diagnostic methods in women with and without reproductive failure. *Fertil Steril*. 2018;109(5):832-9.
9. Liu H, Song J, Zhang F, Li J, Kong W, Lv S, et al. A new hysteroscopic scoring system for diagnosing chronic endometritis. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. 2020;27(5):1127-32.