

sau phẫu thuật Maze.

Phân tích đường cong ROC chúng tôi nhận thấy giá trị ngưỡng LAVi là 124ml/m<sup>2</sup> dự báo tái phát rung nhĩ có độ nhạy 75% và độ đặc hiệu 86,2%; diện tích dưới đường cong là 0,807. Giá trị ngưỡng chỉ số khối thất trái 172g/m<sup>2</sup> có độ nhạy 66,7% và độ đặc hiệu 87,9%; diện tích dưới đường cong là 0,774. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Kataoka, T và cs (2010) thấy chỉ có LAVi là yếu tố dự báo nguy cơ tái phát RN, còn đường kính nhĩ trái không có giá trị dự báo; đồng thời nhóm tác giả đề xuất ngưỡng LAVi 135ml/m<sup>2</sup> dự báo 100% thất bại của phẫu thuật Maze [8].

## V. KẾT LUẬN

Giá trị LAVi và chỉ số khối thất trái là yếu tố nguy cơ độc lập của tái phát RN sau phẫu thuật Maze kết hợp phẫu thuật sửa hoặc thay VHL sinh học.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kirchhof, P., et al., 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. Eur Heart J, 2016. 37(38): p. 2893-2962.

2. Badhwar, V., et al., The Society of Thoracic Surgeons 2017 Clinical Practice Guidelines for the Surgical Treatment of Atrial Fibrillation. Ann Thorac Surg, 2017. 103(1): p. 329-341.
3. January, C.T., et al., 2019 AHA/ACC/HRS Focused Update of the 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society in Collaboration With the Society of Thoracic Surgeons. Circulation, 2019. 140(2): p. e125-e151.
4. Fan, X., et al., Mitral valve repair and concomitant maze procedure versus catheter ablation in the treatment of atrial functional mitral regurgitation. BMC Cardiovasc Disord, 2022. 22(1): p. 543.
5. MacGregor, R.M., et al., Impact of age on atrial fibrillation recurrence following surgical ablation. J Thorac Cardiovasc Surg, 2021. 162(5): p. 1516-1528.e1.
6. Dunning, J., et al., Guideline for the surgical treatment of atrial fibrillation. Eur J Cardiothorac Surg, 2013. 44(5): p. 777-91.
7. Njoku, A., et al., Left atrial volume predicts atrial fibrillation recurrence after radiofrequency ablation: a meta-analysis. Europace, 2018. 20(1): p. 33-42.
8. Kataoka, T., et al., Left atrium volume index and pathological features of left atrial appendage as a predictor of failure in postoperative sinus conversion. J Cardiol, 2010. 55(2): p. 274-82.

## NGHIÊN CỨU KẾT CỤC THAI KỲ Ở THAI PHỤ MẮC BỆNH LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Nguyễn Đình Vinh<sup>1</sup>, Bùi Văn Hoàng<sup>1</sup>, Võ Minh Tuấn<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Thai phụ mắc bệnh Lupus ban đỏ hệ thống là một thai kỳ nguy cơ cao, các biến chứng nguy hiểm gia tăng, bao gồm: Tiền sản giật - Sản giật, sinh non, sinh mổ ngoài ý muốn, thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung, sẩy thai, thai chết trong tử cung, hội chứng Lupus sơ sinh và bệnh lý tim bẩm sinh. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng của thai phụ mắc bệnh Lupus ban đỏ hệ thống tới nhập viện sinh tại Bệnh viện Từ Dũ và phân tích kết cục thai kỳ của mẹ và con ở các thai phụ mắc bệnh Lupus ban đỏ hệ thống. **Phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo loạt ca hồi cứu, trên sản phụ có bệnh Lupus ban đỏ hệ thống nhập viện sinh tại Bệnh Viện Từ Dũ từ tháng 12/2018 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** sản phụ được chẩn đoán và điều trị bệnh Lupus ban đỏ hệ thống trước khi mang thai chiếm tỷ lệ

94,2%, bệnh khởi phát khi mang thai chỉ chiếm 5,8%. Trong thai kỳ xảy ra 82,1% kết cục xấu ở mẹ trong đó có: thai và biến chứng thận chiếm tỷ lệ 38,5%, thiếu máu 42,3%, giảm tiểu cầu 15,4%, tiền sản giật 18,6%, hội chứng HELLP 2,6%, băng huyết sau sinh 6,4%, có truyền máu 12,2% và nhiễm khuẩn hậu sản 11,5%. Xảy ra 72,4% kết cục xấu ở trẻ sơ sinh, trong đó thai lưu 5,8%, sẩy thai 5,1%, thai sinh non tháng 44,8%, trẻ phải nhập NICU 35,3%, 16% trẻ tử vong chu sinh (thai lưu, thai dị tật, thai tử vong sau sinh), có 2 trẻ mắc Lupus sơ sinh, các tỷ lệ này đều cao hơn có ý nghĩa thống kê so với quần thể chung. **Kết luận:** Các yếu tố liên quan đến kết cục xấu ở mẹ là: tuổi thai lúc sinh < 34 tuần (OR = 9,42; KTC 95%: 2,03 - 43,71) và nồng độ C3 giảm < 90 (OR = 2,64; KTC 95%: 1,09 - 6,41). Yếu tố liên quan đến kết cục xấu ở con là mẹ có Anti dsDNA tăng ≥ 40 (OR = 3,48; KTC 95%: 1,2 - 10,1). Vì vậy, cần có những chiến lược theo dõi những thai phụ mắc bệnh Lupus ban đỏ hệ thống có những yếu tố kể trên. **Từ khóa:** Lupus ban đỏ hệ thống, kết cục của thai phụ, kết cục sơ sinh.

<sup>1</sup>Bệnh viện Từ Dũ

<sup>2</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Minh Tuấn

Email: vominhluan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.7.2024

Ngày duyệt bài: 14.8.2024

### SUMMARY

#### STUDY ON PREGNANCY OUTCOMES IN WOMEN WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS AT TU DU HOSPITAL

**Background:** Pregnant women with Systemic Lupus Erythematosus (SLE) represent a high-risk pregnancy, with increased dangerous complications including preeclampsia-eclampsia, preterm birth, unplanned cesarean delivery, intrauterine growth restriction, miscarriage, intrauterine fetal death, neonatal lupus syndrome, and congenital heart disease. **Objectives:** To describe the clinical characteristics of pregnant women with SLE admitted for delivery at Từ Dũ Hospital and to analyze the maternal and fetal outcomes in these patients. **Methods:** A retrospective case series report on pregnant women with SLE admitted for delivery at Từ Dũ Hospital from December 2018 to December 2023. **Results:** Of the pregnant women, 94.2% were diagnosed and treated for SLE before pregnancy, while 5.8% had an onset during pregnancy. During pregnancy, adverse maternal outcomes occurred in 82.1% of cases, including lupus nephritis and renal complications (38.5%), anemia (42.3%), thrombocytopenia (15.4%), preeclampsia (18.6%), HELLP syndrome (2.6%), postpartum hemorrhage (6.4%), blood transfusion (12.2%), and postpartum infections (11.5%). Adverse neonatal outcomes occurred in 72.4% of cases, including stillbirth (5.8%), miscarriage (5.1%), preterm birth (44.8%), NICU admission (35.3%), and perinatal death (16%, including stillbirth, congenital anomalies, and neonatal death). Additionally, two neonates had neonatal lupus syndrome. These rates were statistically significantly higher compared to the general population. **Conclusion:** Factors related to adverse maternal outcomes include gestational age at delivery < 34 weeks (OR = 9.42; 95% CI: 2.03 - 43.71) and decreased C3 levels < 90 (OR = 2.64; 95% CI: 1.09 - 6.41). The factor related to adverse neonatal outcomes is maternal Anti-dsDNA ≥ 40 (OR = 3.48; 95% CI: 1.2 - 10.1). Therefore, monitoring strategies are needed for pregnant women with SLE who exhibit these factors.

**Keywords:** Systemic Lupus Erythematosus, maternal outcomes, neonatal outcomes.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống (Systemic Lupus Erythematosus-SLE) là bệnh tự miễn mãn tính, trong đó hệ thống miễn dịch tấn công các mô của chính nó, gây viêm toàn bộ và tổn thương mô ở các cơ quan như da, cơ xương, phổi, tim mạch, huyết học, thận và hệ thần kinh. Chẩn đoán bệnh Lupus ban đỏ hệ thống gặp nhiều khó khăn vì bệnh phát triển chậm và tiến triển theo thời gian, có nhiều triệu chứng ở đa cơ quan, các triệu chứng không đặc trưng và thiếu các xét nghiệm cận lâm sàng đặc hiệu. Hiện nay chẩn đoán dựa trên phân loại và thường có kháng thể kháng nhân (Antinuclear Antibodies-ANA) và các tự kháng thể và/hoặc triệu chứng lâm sàng. Mức độ nghiêm trọng của bệnh từ nhẹ đến nặng và có thể đe dọa tính mạng. Chẩn đoán sớm và tuân thủ điều trị giúp giảm biến chứng của bệnh, cải thiện mức độ bệnh cũng

như chất lượng cuộc sống.<sup>1,2,3</sup>

Bệnh Lupus ban đỏ hệ thống có tần suất cao ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, ảnh hưởng lên khả năng mang thai, trong giai đoạn phát triển thai và thời kỳ hậu sản. Với sự tiến bộ của y học, phụ nữ mắc bệnh Lupus ban đỏ hệ thống có thể mang thai, mặc dù mang thai có nguy cơ gây bệnh trầm trọng hơn. Quản lý bệnh hiện tại bao gồm lập kế hoạch mang thai, điều trị và theo dõi cẩn thận thai kỳ mang lại kết quả tốt cho cả sản phụ, thai nhi và trẻ sơ sinh.<sup>4,5</sup>

Tại Bệnh viện Từ Dũ, thai phụ mắc bệnh Lupus ban đỏ hệ thống vào viện vì vấn đề thai kỳ thường đã được chẩn đoán, quản lý bệnh Lupus ban đỏ hệ thống trước đó tại các Bệnh viện chuyên khoa. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào về các tác động bất lợi trên thai kỳ của thai phụ mắc bệnh Lupus ban đỏ hệ thống bao gồm kết cục của thai phụ, của thai và trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Từ Dũ. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với câu hỏi nghiên cứu: "thai phụ mắc bệnh Lupus ban đỏ hệ thống có đặc điểm như thế nào về triệu chứng lâm sàng, về kết quả cận lâm sàng cũng như diễn tiến bệnh lý và kết cục thai kỳ trên mẹ, trên thai và trên trẻ sơ sinh?"

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu.** Báo cáo loạt ca hồi cứu

**2.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu.** Chúng tôi chọn hồ sơ của những sản phụ được chẩn đoán xác định bệnh Lupus ban đỏ hệ thống (mã ICD 10: L93) có chuyển dạ tự nhiên hay được khởi phát chuyển dạ và sinh ngã âm đạo hay mổ lấy thai, chăm sóc hậu sản ổn định sản phụ và thai, xuất viện theo phác đồ Bệnh viện Từ Dũ. Và loại ra những hồ sơ bệnh án không ghi nhận đầy đủ thông tin chẩn đoán, xét nghiệm, điều trị, diễn tiến của bệnh và những hồ sơ bệnh án chỉ nhập viện điều trị vì nguyên nhân sản khoa hay nội khoa, chưa chấm dứt thai kỳ.

### 2.3. Cỡ mẫu

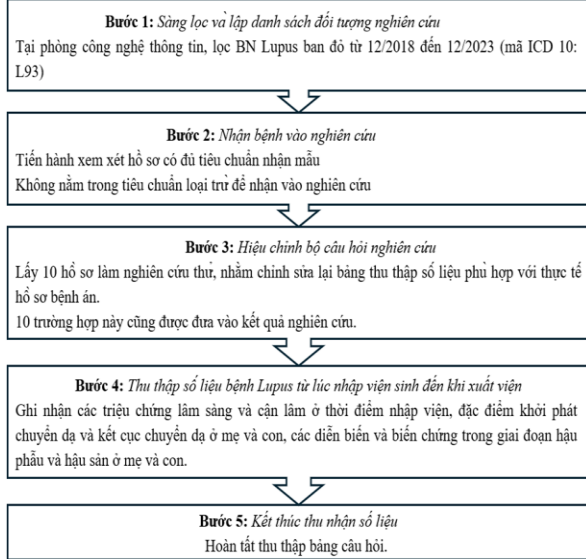
Kích thước cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ với độ chính xác tuyệt đối trong quần thể:

$$n \geq \frac{Z_{1-\alpha/2}^2(1-p)p}{d^2}$$

Theo nghiên cứu của tác giả Al-Riyami năm 2021,<sup>31</sup> tỉ lệ các triệu chứng: sẩy thai và thai lưu (6,7%); tiền sản giật - Sản giật (8,4%) và băng huyết sau sinh (6,7%). Do đó, chúng tôi chọn  $p = 0,084$ . Tuy nhiên chúng tôi dự trù khoảng 90% hồ sơ đủ thông tin dành cho nghiên cứu. Vì vậy, cỡ mẫu tối thiểu là  $n = 133$  hồ sơ.

**2.4. Phương pháp lấy mẫu.** Đây là bệnh hiểm nên chúng tôi lấy mẫu toàn bộ trong 5 năm từ tháng 12/2018 đến tháng 12/2023.

**2.5. Phương pháp tiến hành**



**Hình 1: Các bước tiến hành nghiên cứu**  
**Biến số NC chính:**

- Các đặc điểm về kết cục của mẹ: cách sinh, rách tầng sinh môn, các chỉ định mổ lấy thai, máu mất sau sinh, nhiễm trùng hậu phẫu.
- Các đặc điểm về kết cục của sơ sinh: Cân nặng bé lúc sinh, điểm APGAR sau 1 phút và sau 5 phút, cần nhập NICU, NT sơ sinh, suy hô hấp sơ sinh, thông khí hỗ trợ, lupus sơ sinh.

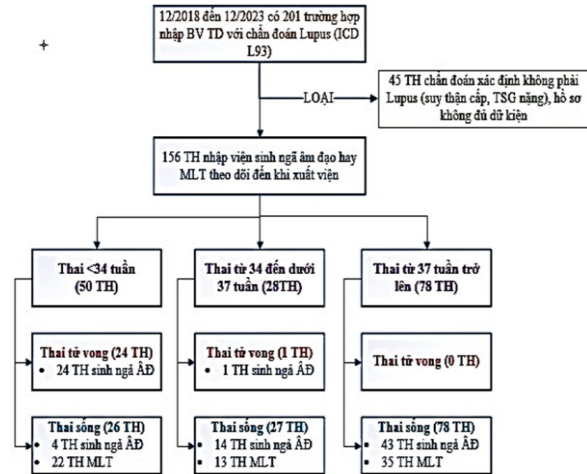
**Xử lý và phân tích số liệu:** Sau khi nhập và làm sạch số liệu, chúng tôi xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 17.0. Thông kê mô tả: tính trung bình và độ lệch chuẩn với độ tin cậy 95%. Thông kê phân tích gồm 2 bước: bước 1 mô tả và phân tích đơn biến, bước 2 dùng mô hình hồi quy đa biến nhằm kiểm soát yếu tố gây nhiễu để tính OR hiệu chỉnh (OR\*) cho các biến số.

**2.6. Đạo đức trong nghiên cứu y sinh.**

NC được thông qua Y đức bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh Viện Từ Dũ kí thông qua ngày 9/11/2023, cho phép trước khi thực hiện.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong thời gian từ 1/12/2018 đến tháng 30/12/2023 tại Kho lưu trữ hồ sơ bệnh án của Bệnh Viện Từ Dũ, chúng tôi thu thập số liệu qua hồi cứu hồ sơ bệnh được 201 trường hợp nhập viện với chẩn đoán Lupus (ICD L93) và thai. Số liệu có 156 trường hợp có chẩn đoán xác định bệnh Lupus ban đỏ hệ thống và hồ sơ bệnh án có đủ dữ kiện.



**Hình 2: Sơ đồ nghiên cứu**

Tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là  $32,6 \pm 5,8$  tuổi, trong đó nhỏ nhất 20 tuổi và lớn nhất 47 tuổi. Nhóm tuổi < 35 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 66,0%. Đối tượng nghiên cứu đa phần đến từ ngoài TP Hồ Chí Minh chiếm tỉ lệ 88,5% go to las, trong khi đối tượng ở TP Hồ Chí Minh chỉ chiếm tỷ lệ 11,5%. Nghề nghiệp nhiều nhất là nội trợ chiếm 48,8%, tiếp đến là lao động trí óc và lao động chân tay chiếm tỉ lệ 23,7% và 27,5%.

**3.1. Đặc điểm cận lâm sàng thai phụ mắc bệnh Lupus ban đỏ hệ thống**

**Bảng 1. Đặc điểm cận lâm sàng khí nhập viện sinh**

| Đặc điểm   | Tổng (n=156) | Tỷ lệ (%) |
|--|--------------|-----------|
| <b>Hồng cầu (<math>\times 10^{12}/l</math>)*: <math>4,04 \pm 2,65</math></b> |              |           |
| < 3,69   | 53           | 34,0      |
| 3,69 - 5,46  | 101          | 64,7      |
| > 5,46   | 2            | 1,28      |
| <b>Hemoglobin (g/l)*: <math>11,4 \pm 1,78</math></b>                         |              |           |
| 60 - 90  | 14           | 8,9       |
| 90 - 120   | 78           | 50,0      |
| > 120  | 64           | 41,1      |
| <b>Dung tích hồng cầu (Hct%) * : <math>34,1 \pm 5,4</math></b>               |              |           |
| $\geq 35$  | 70           | 44,9      |
| < 35   | 86           | 55,1      |
| <b>MCH (pg)*: <math>34,3 \pm 15,2</math></b>                                 |              |           |
| $\geq 32$  | 43           | 27,6      |
| < 32   | 113          | 72,4      |
| <b>MCV (pg)*: <math>84,5 \pm 17,3</math></b>                                 |              |           |
| $\geq 80$  | 133          | 85,3      |
| < 80   | 23           | 14,7      |
| <b>Tiểu cầu (<math>\times 10^3/mm^3</math>)</b>                              |              |           |
| $\geq 100$   | 132          | 84,6      |
| < 100  | 24           | 15,4      |
| <b>Bất thường đông máu</b>   |              |           |
| Không  | 141          | 90,4      |
| Có   | 15           | 9,62      |

|  |     |      |
|--|-----|------|
| <b>Đường huyết (mmol/L)*: 4,91 ± 1,41</b>  |     |      |
| > 7  | 13  | 8,33 |
| Từ 5 - 7                                   | 46  | 29,5 |
| < 5  | 97  | 62,2 |
| <b>Creatinine (mg/dL)*: 1,06 ± 1,31</b>    |     |      |
| ≥ 1,5                                      | 15  | 9,62 |
| < 1,5                                      | 141 | 90,4 |
| <b>Độ lọc cầu thận (eGFR)*: 102 ± 37,2</b> |     |      |
| Bình thường ≥90                            | 102 | 65,4 |
| Tăng nhẹ 60 - 89                           | 36  | 23,1 |
| Trung bình 30-59                           | 11  | 7,05 |
| Nặng 15 - 29                               | 2   | 1,28 |
| Cần chạy thận <15                          | 5   | 3,21 |
| <b>Protein (g/l)*: 61,3 ± 18,4</b>         |     |      |
| ≤ 80                                       | 105 | 67,3 |
| > 80                                       | 51  | 32,7 |
| <b>Albumin (g/l)*: 26,2 ± 11,3</b>         |     |      |
| ≤ 50                                       | 87  | 55,8 |
| > 50                                       | 69  | 44,2 |
| <b>SGOT (U/l)*: 31,4 ± 23,0</b>            |     |      |
| < 100                                      | 155 | 99,4 |
| ≥ 100                                      | 1   | 0,6  |
| <b>SGPT (U/l)*: 25,5 ± 27,1</b>            |     |      |
| < 100                                      | 151 | 96,8 |
| ≥ 100                                      | 5   | 3,2  |
| <b>C3 (mg/dl)*: 78,5 ± 44,3</b>            |     |      |
| < 90                                       | 91  | 58,3 |
| ≥ 90                                       | 65  | 41,7 |

|                                 |     |      |
|---------------------------------|-----|------|
| <b>C4 (mg/dl)*: 18,6 ± 29,7</b> |     |      |
| ≤ 10                            | 101 | 64,7 |
| > 10                            | 55  | 35,3 |
| <b>Anti dsDNA*: 35,7 ± 55,8</b> |     |      |
| ≤ 60                            | 120 | 76,9 |
| > 60                            | 36  | 23,1 |

\*: TB ± ĐLC

Độ lọc cầu thận (eGFR) trung bình là 102 ± 37,2, trong đó nhỏ nhất có 1 trường hợp 8,4 và lớn nhất có 1 trường hợp 190,4. Nhóm có eGFR bình thường chiếm tỉ lệ cao nhất là 65,4%. Nồng độ C3 trung bình là 78,5 ± 44,3, nồng độ C3 < 90 chiếm tỉ lệ là 58,3%. Nồng độ C4 trung bình là 18,6 ± 29,7, và hầu hết nồng độ C4 ≤ 10. Nồng độ anti dsDNA trung bình là 35,7 ± 55,8, trong đó anti dsDNA > 60 chiếm tỉ lệ là 23,1%.

**3.2. Môi liên quan giữa đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng với kết cục xấu của mẹ.** Để phân tích mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của mẹ với kết cục xấu, đầu tiên chúng tôi phân tích đơn biến cho 8 cặp biến số, sau đó thực hiện phân tích đa biến cho biến trong phân tích đơn biến có p < 0,25 và phân tích đa biến. Bao gồm các biến: Nhóm BMI, nhóm tuổi thai, nồng độ C3. Bảng 2 trình bày kết quả của phân tích đa biến

**Bảng 2: Kết quả phân tích hồi quy Logistic đa biến liên quan kết cục mẹ**

| Đặc điểm              | Kết cục xấu ở mẹ |                | OR   | OR*  | KTC 95%      | p     |
|-----------------------|------------------|----------------|------|------|--------------|-------|
|                       | Có n=128 (%)     | Không n=28 (%) |      |      |              |       |
| <b>C3</b>             |                  |                |      |      |              |       |
| < 90                  | 80 (87,9)        | 11 (12,1)      | 2,58 | 2,64 | 1,09 - 6,41  | 0,03  |
| ≥ 90                  | 48 (73,8)        | 17 (26,2)      | 1    | 1    |              |       |
| <b>Nhóm tuổi thai</b> |                  |                |      |      |              |       |
| < 34 tuần             | 48 (96,0)        | 2 (4,0)        | 8,84 | 9,42 | 2,03 - 43,71 | 0,004 |
| 34 - 37 tuần          | 23 (82,1)        | 5 (17,9)       | 1,69 | 1,73 | 0,57 - 5,28  | 0,33  |
| > 37 tuần             | 57 (73,1)        | 21 (26,9)      | 1    | 1    |              |       |
| <b>Nhóm BMI</b>       |                  |                |      |      |              |       |
| > 25                  | 8 (61,5)         | 5 (38,5)       | 0,31 | 0,27 | 0,07 - 1,04  | 0,06  |
| ≤ 25                  | 120 (83,9)       | 23 (16,1)      | 1    | 1    |              |       |

OR: Hồi quy logistic đơn biến, OR\*: Hồi quy logistic đa biến

Sau khi tiến hành khử nhiễu và đồng tác chúng tôi có 2 yếu tố: C3 và nhóm tuổi thai là yếu tố tiên lượng kết cục xấu ở mẹ. Nhóm đối tượng nghiên cứu có nồng độ C3 giảm < 90 làm tăng tỉ số chênh OR kết cục xấu ở mẹ lên 2,64 lần (KTC 95%: 1,09 - 6,41) so với nhóm ≥ 90, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Nhóm đối tượng nghiên cứu có nhóm tuổi thai dưới 34 làm tăng tỉ số chênh OR kết cục xấu ở mẹ lên 9,42 lần (KTC 95%: 2,03 - 43,71) so với nhóm từ 37 tuần trở lên, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

**3.3. Môi liên quan giữa đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng với kết cục xấu của con.** Để phân tích mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của mẹ với kết cục xấu của con, đầu tiên chúng tôi cũng phân tích đơn biến cho 16 cặp biến số, sau đó thực hiện phân tích đa biến cho biến trong phân tích đơn biến có p < 0,25 và phân tích đa biến Bao gồm các biến: Số lần sinh con đủ tháng, Giảm tiểu cầu, TSG không dấu hiệu nặng, TSG nặng, Tăng huyết áp, Anti dsDNA. Bảng 3 trình bày kết quả của phân tích đa biến

**Bảng 3: Kết quả phân tích hồi quy Logistic đa biến liên quan kết cục của con**

| Đặc điểm                        | Kết cục xấu ở con |                | OR   | OR*  | KTC 95%      | p    |
|---------------------------------|-------------------|----------------|------|------|--------------|------|
|                                 | Có n=113 (%)      | Không n=43 (%) |      |      |              |      |
| <b>Số lần sinh con đủ tháng</b> |                   |                |      |      |              |      |
| ≥ 2 con                         | 5 (71,4)          | 2 (28,6)       | 0,73 | 1,16 | 0,19 - 7,22  | 0,87 |
| 1 con                           | 29 (61,7)         | 18 (38,3)      | 0,47 | 0,67 | 0,3 - 1,54   | 0,34 |
| Chưa con                        | 79 (77,5)         | 23 (22,5)      | 1    | 1    |              |      |
| <b>Giảm tiểu cầu</b>            |                   |                |      |      |              |      |
| Có                              | 22 (91,7)         | 2 (8,33)       | 4,96 | 2,36 | 0,47 - 11,87 | 0,29 |
| Không                           | 91 (68,9)         | 41 (31,1)      | 1    | 1    |              |      |
| <b>TSG không dấu hiệu nặng</b>  |                   |                |      |      |              |      |
| Có                              | 16 (94,1)         | 1 (5,88)       | 6,93 | 6,94 | 0,85 - 56,56 | 0,07 |
| Không                           | 97 (69,8)         | 42 (30,2)      | 1    | 1    |              |      |
| <b>TSG nặng</b>                 |                   |                |      |      |              |      |
| Có                              | 20 (95,2)         | 1 (4,76)       | 9,03 | 6,05 | 0,74 - 49,23 | 0,09 |
| Không                           | 93 (68,9)         | 42 (31,1)      | 1    | 1    |              |      |
| <b>Anti dsDNA</b>               |                   |                |      |      |              |      |
| ≥ 40                            | 37 (88,1)         | 5 (11,9)       | 3,7  | 3,48 | 1,2 - 10,1   | 0,02 |
| < 40                            | 76 (66,7)         | 38 (33,3)      | 1    | 1    |              |      |

OR: Hồi quy logistic đơn biến, OR\*: Hồi quy logistic đa biến

Sau khi tiến hành khử nhiễu và đồng tác chúng tôi có Anti dsDNA là yếu tố độc lập tiên lượng kết cục xấu ở con. Nhóm đối tượng nghiên cứu có Anti dsDNA tăng (≥ 40) làm tăng chỉ số chênh OR kết cục xấu ở con lên 3,48 lần (KTC 95%: 1,2 - 10,1) so với nhóm < 40, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

**3.4. So sánh diễn tiến thai kỳ giữa thai phụ mắc Lupus ban đỏ hệ thống với quần**

**Bảng 4: So sánh biến chứng của thai phụ mắc bệnh Lupus ban đỏ hệ thống với dân số chung tại BVTD 2023<sup>6</sup>**

| STT                  | Thông số                 | BV chung 2023<br>n = 61743 (100%) | Lupus<br>n = 156 (100%) | p*      |
|----------------------|--------------------------|-----------------------------------|-------------------------|---------|
| 1.                   | Thai và đái tháo đường   | 7641 (12,3%)                      | 10 (6,4%)               | 0,56    |
| 2.                   | Thai và bệnh lý tim mạch | 34 (0,05%)                        | 12 (7,7%)               | 0,11    |
| 3.                   | Thai và bệnh lý thận     | 31 (0,05%)                        | 60 (38,5%)              | < 0,001 |
| 4.                   | Thiếu máu                | 98 (0,15%)                        | 66 (42,3%)              | < 0,001 |
| 5.                   | Giảm tiểu cầu            | 141 (0,23%)                       | 24 (15,4%)              | < 0,001 |
| 6.                   | Tiền sản giật            | 367 (0,59%)                       | 29 (18,6%)              | < 0,05  |
| 7.                   | Hc HELLP                 | 62 (0,1%)                         | 4 (2,6%)                | < 0,05  |
| 8.                   | Sinh giúp                | 2000 (3,23%)                      | 9 (5,8%)                | 0,75    |
| 9.                   | Sinh mổ                  | 28647 (46,4%)                     | 70 (44,9%)              | 0,80    |
| 10.                  | Sinh thường              | 31096 (50%)                       | 75 (48,1%)              | 0,74    |
| 11.                  | Băng huyết sau sinh      | 1395 (2,25%)                      | 10 (6,4%)               | < 0,001 |
| 12.                  | Nhiễm khuẩn hậu sản      | 1102 (1,79%)                      | 18 (11,5%)              | < 0,05  |
| <b>Tổng sinh non</b> |                          | <b>n = 10290 (100%)</b>           | <b>n = 156 (100%)</b>   |         |
| 1.                   | Thai lưu trong tử cung   | 737 (1,2%)                        | 9 (5,8%)                | < 0,001 |
| 2.                   | Tổng số sảy thai         | 286 (0,46%)                       | 8 (5,1%)                | < 0,05  |
| 3.                   | Sanh non 22-28 tuần      | 1547 (2,5%)                       | 13 (8,3%)               | < 0,001 |
| 4.                   | Sinh non 28-37 tuần      | 8743 (14,2%)                      | 57 (36,5%)              | < 0,001 |
| 5.                   | Nhập sơ sinh             | 8958 (14,5%)                      | 55 (35,3%)              | < 0,001 |
| 6.                   | Tử vong sơ sinh          | 385 (0,62%)                       | 25 (16,0%)              | < 0,001 |

**Đôi với sản phụ:** Bệnh lý thận trong thai kỳ của thai phụ mắc bệnh Lupus ban đỏ hệ thống chiếm tỷ lệ 38,5%, trong khi quần thể chung là 0,05%, cao hơn nhiều có ý nghĩa thống kê, p < 0,05.

**thể chung Bv Từ Dũ (2023)**

Theo thống kê tại Bệnh Viện Từ Dũ năm 2023 có 61743 thai phụ nhập viện sinh, trong đó có 63 thai phụ mắc bệnh Lupus ban đỏ hệ thống chiếm khoảng tỷ lệ 0,1%. Theo trích lục từ Phòng Kế Hoạch Tổng Hợp Bệnh Viện Từ Dũ và Báo cáo tổng kết năm 2023, chúng tôi có bảng số liệu về số lượng và tỷ lệ các biến số.

Thai phụ thiếu máu khi mắc bệnh Lupus ban đỏ hệ thống chiếm tỷ lệ 42,3%, trong khi quần thể chung là 0,15%, cao hơn nhiều có ý nghĩa thống kê, p < 0,05.

Giảm tiểu cầu trong thai kỳ của thai phụ mắc bệnh Lupus ban đỏ hệ thống chiếm tỷ lệ 15,4%, trong khi tỷ lệ quần thể chung là 0,23%, cao hơn nhiều có ý nghĩa thống kê,  $p < 0,05$ .

Tiền sản giật trong thai kỳ của thai phụ mắc bệnh Lupus ban đỏ hệ thống chiếm tỷ lệ 18,6%, trong khi tỷ lệ quần thể chung là 0,59%, cao hơn nhiều có ý nghĩa thống kê,  $p < 0,05$ .

**Đối với thai:** Thai lưu trong tử cung của thai phụ mắc bệnh Lupus ban đỏ hệ thống chiếm tỷ lệ 5,8%, trong khi quần thể chung là 1,2%, cao hơn có ý nghĩa thống kê,  $p < 0,05$ .

Sẩy thai của thai phụ mắc bệnh Lupus ban đỏ hệ thống chiếm tỷ lệ 23,7%, trong khi quần thể chung là 0,46%, cao hơn nhiều có ý nghĩa thống kê,  $p < 0,05$ .

Sinh non của thai phụ mắc bệnh Lupus ban đỏ hệ thống chiếm tỷ lệ 44,8%, trong khi quần thể chung là 16,6%, cao hơn nhiều có ý nghĩa thống kê,  $p < 0,05$ .

Thai sinh ra nhập khoa sơ sinh của thai phụ mắc bệnh Lupus ban đỏ hệ thống chiếm tỷ lệ 35,3,3%, trong khi quần thể chung là 0,62%, cao hơn nhiều có ý nghĩa thống kê,  $p < 0,05$ .

Tử vong sơ sinh của thai phụ mắc bệnh Lupus ban đỏ hệ thống chiếm tỷ lệ 16,0%, trong khi quần thể chung là 0,62%, cao hơn nhiều có ý nghĩa thống kê,  $p < 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Các kết cục xấu ở mẹ.** Sau khi tiến hành phân tích hồi quy logistic đa biến để khử nhiễu và tương tác mỗi liên quan lâm sàng và cận lâm sàng với biến chứng mẹ. Chúng tôi ghi nhận 2 biến nồng độ C3 và nhóm tuổi thai dưới 34 tuần làm tăng nguy cơ biến chứng mẹ: Nhóm đối tượng nghiên cứu có nhóm tuổi thai dưới 34 tuần làm tăng tỉ số chênh OR biến chứng ở mẹ lên 9,42 lần (KTC 95%: 2,03 - 43,71) so với nhóm từ 37 tuần trở lên. Nhóm đối tượng nghiên cứu có nồng độ C3 giảm  $< 90$  tăng tỉ số chênh OR biến chứng ở mẹ lên 2,64 lần (KTC 95%: 1,09 - 6,41) so với nhóm  $\geq 90$ . Tương tự tác giả Nguyễn Việt Hà (2023) tại Bệnh viện Bạch Mai các yếu tố liên quan đến kết quả thai kỳ bất lợi là nồng độ C3 giảm (OR: 8,07, 95% KTC: 1,54 - 42,32), protein niệu  $\geq 1$  g/L (OR: 6,0, 95% KTC: 1,003 - 35,91) và kháng đông Lupus (OR: 7,0; 95% KTC: 1,14 - 42,97).<sup>7</sup>

**4.2. Ảnh hưởng của bệnh Lupus ban đỏ hệ thống lên thai.** Sau khi tiến hành khử nhiễu và tương tác chúng tôi có Anti dsDNA là yếu tố độc lập tiên lượng biến chứng ở con. Nhóm đối tượng nghiên cứu có Anti dsDNA tăng ( $> 39$ ) làm tăng tỉ số chênh OR biến chứng ở con lên 3,48 lần

(KTC 95%: 1,2 - 10,1) so với nhóm  $\leq 39$ , sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Theo tác giả Y Tomer (1996) anti dsDNA tăng cao trong tam cá nguyệt thứ hai và có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa anti dsDNA và bệnh Lupus ban đỏ hệ thống hoạt động ( $p = 0,0225$ ) và có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ anti dsDNA và sinh non ( $p = 0,0331$ ), mức độ kháng thể kháng dsDNA có liên quan đến nguy cơ làm trầm trọng bệnh và sinh non. Mức độ tăng cao của kháng thể kháng dsDNA và kháng CL có thể gợi ý về nguy cơ tăng mất thai.<sup>8</sup>

Tương tự tác giả Zhang K 2021 nghiên cứu trên 123 thai lý đơn thai có Lupus. Sau khi phân tích hồi quy đa biến tác giả ghi nhận các yếu tố làm tăng kết cục xấu của thai kỳ bao gồm: tiền sản giật (OR = 9,538; KTC 95%: 2,055 - 44,271;  $p=0.004$ ), anti-dsDNA (OR = 2,165; KTC 95% 1,034 - 4,532,  $p = 0,040$ ); riêng Hydroxychloroquine và prednisone làm giảm khả năng biến chứng thai kỳ (OR = 0,412; KTC 95%: 0,198 - 0,860,  $p = 0,018$ ) và mất thai (OR = 0,304; KTC 95%: 0,111 - 0,831,  $p = 0,020$ ).<sup>9</sup>

**Hạn chế của đề tài:** Là nghiên cứu hồi cứu trên hồ sơ bệnh án, các thông tin không được kiểm định, chỉ toàn dựa vào thông số được nhân viên y tế ghi nhận lại, không khảo sát được thông tin về hậu sản của mẹ và bé sau khi xuất viện, không có nhóm chứng để so sánh về kết cục thai kỳ tại cùng thời điểm nghiên cứu. Chúng tôi sử dụng số liệu quần thể chung thai phụ vào sinh tại Bệnh Viện Từ Dũ năm 2023 để phân tích sự khác biệt với nhóm thai phụ mắc bệnh Lupus ban đỏ hệ thống, từ đó đưa ra các thông số tư vấn trên lâm sàng chỉ đủ năng lực mẫu dạng so sánh với số liệu nền (Historical Study).

#### V. KẾT LUẬN

Khi tiếp cận bệnh nhân trước, trong thai kỳ và thời gian hậu sản, cần sàng lọc đối tượng có hay không mắc bệnh Lupus ban đỏ hệ thống, để tư vấn cho họ những biến cố bất lợi có thể xảy ra nếu mắc bệnh Lupus ban đỏ hệ thống.

Cần thực hiện quy trình sàng lọc các bệnh lý thiếu máu mẹ, tiền sản giật, bệnh lý thận hay đái tháo đường thai kỳ liên quan đến mang thai mắc bệnh Lupus ban đỏ hệ thống.

Cần thực hiện những nghiên cứu kế tiếp để xây dựng quy trình sàng lọc, tư vấn và quản lý bệnh Lupus ban đỏ hệ thống liên quan đến thai kỳ vì đây là thai kỳ nguy cơ cao.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Justiz Vaillant AA, Goyal A, Varacallo M.

- Systemic Lupus Erythematosus. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2023. Accessed September 16, 2023. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535405/>
2. **Lazar S, Kahlenberg JM.** Systemic Lupus Erythematosus: New Diagnostic and Therapeutic Approaches. *Annu Rev Med.* 2023;74(1):339-352. doi:10.1146/annurev-med-043021-032611
  3. **Lam NCV.** Systemic Lupus Erythematosus: Diagnosis and Treatment. *SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS.* 2023;107(4). [systemic-lupus-erythematosus-basic-applied-and-clinical-aspects-2nbsped-012814551x-9780128145517\\_compress.pdf.zip](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39780128145517_compress.pdf.zip).
  5. **Systemic Lupus Erythematosus (SLE) and Pregnancy: Practice Essentials, Pathophysiology, Epidemiology.** Published online October 19, 2022. Accessed June 11, 2023. <https://emedicine.medscape.com/article/335055-overview>
  6. **Trích lục số liệu từ Phòng Kế Hoạch Tổng Hợp và Báo cáo Tổng kết năm 2023,** Bệnh Viện Từ Dũ.
  7. **Hà NV, Nha PB, Tín ĐM.** Một số yếu tố tiên lượng kết quả thai kỳ bất lợi trên thai phụ bị lupus ban đỏ hệ thống tại Bệnh viện Bạch Mai. 1. 2023;21(2): 41-48. doi: 10.46755/vjog.2023.2.1572
  8. **Tomer Y, Viegas OA, Swissa M, Koh SC, Shoenfeld Y.** Levels of lupus autoantibodies in pregnant SLE patients: correlations with disease activity and pregnancy outcome. *Clin Exp Rheumatol.* 1996;14(3):275-280.
  9. **Clinical study of factors associated with pregnancy outcomes in pregnant women with systemic lupus erythematosus in the southern China - PMC.** Accessed June 22, 2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9326378/>

## GIÁ TRỊ CỦA SIÊU ÂM ĐÀN HỒI MÔ TRONG CHẨN ĐOÁN NHÂN TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC VÀ BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2022-2023

Võ Thị Thúy<sup>1</sup>, Nguyễn Vũ Đăng<sup>2</sup>, Nguyễn Hoàng Anh<sup>1</sup>,  
Huỳnh Minh Phú<sup>3</sup>, Bùi Ngọc Thuận<sup>3</sup>, Đỗ Thanh Vy<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm hình ảnh của siêu âm đàn hồi mô (UE) và xác định giá trị của kỹ thuật siêu âm đàn hồi mô trong chẩn đoán nhân tuyến giáp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 46 bệnh nhân tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. Bệnh nhân đến khám phát hiện nhân tuyến giáp trên siêu âm 2D và được thực hiện UE, đồng thời có kết quả giải phẫu bệnh hoặc tế bào học nhân tuyến giáp. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 49,65 ± 12,97, bệnh gặp ở nữ nhiều hơn nam với tỷ lệ là 93,3%. Hình ảnh của UE theo thang điểm Tsukuba điểm chiếm đa số với tỷ lệ 39,1% (18/46). Nhóm nhân giáp ác tính theo thang điểm Tsukuba 4 và 5 chiếm 55% còn thang điểm Tsukuba 1,2 và 3 chiếm 3,8% (p < 0,01), độ nhạy là 91,66%, độ đặc hiệu là 73,52%, giá trị dự báo dương tính 55%, giá trị dự báo âm tính 96,15%, độ chính xác 78,26%. Nhóm nhân giáp ác tính theo FNA thì kết quả UE ác tính 75% cao hơn lành tính 8,8% (p < 0,01) và có độ nhạy là 75%, độ đặc hiệu là 91,17%, giá trị dự báo dương tính 75%, giá trị dự báo âm tính 91,17%, độ chính

xác 86,95%. **Kết luận:** UE có giá trị bổ sung cho siêu âm thường qui trong chẩn đoán bướu giáp nhân ung thư. **Từ khóa:** nhân tuyến giáp, siêu âm đàn hồi mô

### SUMMARY

#### THE VALUE OF ULTRASOUND ELASTOGRAPHY IN DIAGNOSING THYROID NODULES AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL AND CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2022-2023

**Objective:** To describe some imaging characteristics of ultrasound elastography (UE) and determine the value of tissue UE in diagnosing thyroid nodules. **Subjects and Methods:** This cross-sectional descriptive study was conducted on 46 patients at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital and Can Tho Central General Hospital. Patients underwent 2D ultrasound to detect thyroid nodules and then had tissue elastography ultrasound (UE) performed, with pathological or cytological results of thyroid nodules available. **Results:** The average age of the patients was 49.65 ± 12.97 years, with the disease being more common in females than males at a ratio of 93.3%. The Tsukuba scoring system for UE images showed a majority at score 3 with a rate of 39.1% (18/46). Malignant thyroid nodules according to the Tsukuba score of 4 and 5 accounted for 55%, while scores of 1, 2, and 3 accounted for 3.8% (p < 0.01), with a sensitivity of 91.66%, specificity of 73.52%, positive predictive value of 55%, negative predictive value of 96.15%, and accuracy of 78.26%. For malignant

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>3</sup>Bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Thúy

Email: bsthuysieuamct@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.7.2024

Ngày duyệt bài: 14.8.2024