

pneumoniae thường gặp ở người cao tuổi, nam giới có tỷ lệ mắc cao, trên các bệnh nhân có bệnh lý nền, thời gian nằm viện dài, đường vào thường là đường hô hấp và tiêu hóa. Bệnh cảnh lâm sàng nổi bật tổn thương nhiều cơ quan như tim mạch, thần kinh, hô hấp, tiết niệu, sốc nhiễm khuẩn và tử vong.

**-Cận lâm sàng:** Bạch cầu  $\geq 12G/L$  là 43,80%; neutrophile  $>75\%$  chiếm 85,42%; 56,8% BN có hemoglobin  $< 120g/L$ ; creatinin  $> 110\mu mol/L$  là 47,06%; lactat  $> 2 mmol/L$  60%. Các marker viêm tăng cao (bạch cầu  $\geq 12G/L$  chiếm 45,83%; CRP  $>100mg/L$ : 60% và PCT  $>10ng/ml$  chiếm 60%;).

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Truyền nhiễm - Học viện Quân y (2008). Nhiễm khuẩn huyết, Nhà xuất bản y học.
2. Salomao R (2019). Sepsis Eveloping concepts and challeges.
3. Gustinetti G., Mikulska M. (2016). Bloodstream

- infections in neutropenic cancer patients: a practical update. Virulence, 7(3), 280-297.
4. Wang G., Zhao G., Chao X., et al. (2020). The characteristic of virulence, biofilm and antibiotic resistance of Klebsiella pneumoniae. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(17), 6278.
5. Nguyễn Thị Phương(2016). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân NKH do Klebsiella, Luận văn Thạc sĩ y học, Học viện Quân y.
6. Trịnh Văn Sơn(2021). Nghiên cứu tính kháng kháng sinh của Klebsiella và E.coli, Luận án Tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108.
7. Trần Nhật Minh(2019). Phân tích đặc điểm lâm sàng, vi sinh và phác đồ điều trị nhiễm khuẩn huyết do K. pneumoniae tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai, Luận văn Thạc sĩ Dược học, Đại học dược Hà Nội.
8. Harada S A. K., Yamamoto S, (2019). Clinical and Molecular Characteristics of Klebsiella pneumoniae Isolates Causing Bloodstream Infections in Japan: Occurrence of Hypervirulent Infections in Health Care. J Clin Microbiol.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ SÀN MIỆNG GIAI ĐOẠN cT1-2N0M0 TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Văn Trọng<sup>1</sup>, Ngô Quốc Duy<sup>2</sup>,  
Lê Chính Đại<sup>1</sup>, Lê Văn Quảng<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá tình trạng tái phát, thời gian sống thêm và phân tích một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân (BN) ung thư sàn miệng giai đoạn cT1-2N0M0 được điều trị tại Bệnh viện K. **Đối tượng nghiên cứu:** Bao gồm 65 BN ung thư sàn miệng giai đoạn cT1-2N0M0 được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện K trong thời gian từ 01/2015 đến 12/2019. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Trong 65 BN nghiên cứu, đa số  $\leq 60$  tuổi (73,8%); tỷ lệ nam/nữ: 8,3/1; 32,3% BN di căn hạch tiềm ẩn. Có 21BN tái phát sau điều trị (32,3%), vị trí hay gặp là hạch cổ (57,1%), đa số xảy ra trong 24 tháng đầu (71,4%). Kích thước u và di căn hạch tiềm ẩn có liên quan đến tỷ lệ tái phát ( $p<0,05$ ). Tỷ lệ DFS và OS 5 năm lần lượt là 62,3% và 74%, thời gian DFS và OS trung bình lần lượt là 45,08 và 52,03 tháng. Các yếu tố ảnh hưởng đến DFS gồm kích thước u ( $p=0,03$ ), di căn hạch ( $p<0,001$ ) và giai đoạn bệnh sau phẫu thuật ( $p<0,001$ ). Các yếu tố ảnh hưởng đến OS gồm kích thước u ( $p=0,037$ ), di căn hạch

( $p=0,005$ ) và giai đoạn bệnh sau phẫu thuật ( $p<0,001$ ). **Kết luận:** Tái phát sau điều trị UT sàn miệng thường gặp tại hạch cổ và tại chỗ. Kích thước u và di căn hạch có liên quan đến tình trạng tái phát. Kích thước u, di căn hạch và giai đoạn bệnh sau phẫu thuật ảnh hưởng xấu đến sống thêm toàn bộ và không bệnh.

**Từ khóa:** ung thư sàn miệng, T1-2N0M0, tái phát, sống thêm

### SUMMARY

#### RESULTS OF TREATMENT FOR cT1-2N0M0 CARCINOMAS OF THE FLOOR OF MOUTH

**Objectives:** This study was conducted to report the recurrence rate, the survival rate in mouth floor cancer patients staged cT1-2N0M0 and analyze the prognostic factors associated. **Patients and methods:** A retrospective, descriptive study on 65 patients with cT1-2N0M0 floor of mouth cancer were treated in K hospital from 01/2015 to 12/2019. **Results:** Majority were under 60 years old (73,8%); male/female ratio: 8,3/1; 34 patients were staged T1 (52,3%); occult lymph node metastasis rate: 32,3%. Recurrences were diagnosed in 21 patients (32,3%), the nodal and local-nodal recurrence rate were 57,1% and 23,8%, respectively. Tumor stage and occult lymph node metastasis were statistically associated with the recurrence ( $p=0,034$  and  $p=0,001$ , respectively). The 5-year DFS and OS rates were 62,3% and 74%, respectively. The mean DFS and OS

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội,

<sup>2</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Trọng

Email: vantrong.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2021

Ngày duyệt bài: 24.8.2021

time was 45,08 months and 52,03 months, respectively. Analysis of associations between DFS, OS revealed significance for tumor stage, lymph node status, and post-operative stage. **Conclusions:** Tumor size and occult lymph node metastasis were statistically associated with recurrence. Tumor size, nodal status and stage were associated with DFS and OS, but only nodal status was showed to be an independent risk factor.

**Keywords:** floor of mouth cancer, cT1-2N0M0, recurrence, DFS, OS.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ung thư đầu cổ là bệnh ung thư (UT) hay gặp và ngày càng gia tăng, trong đó UT khoang miệng là bệnh hay gặp nhất. UT khoang miệng bao gồm UT lưỡi, UT sàn miệng (UTSM), UT lợi hàm... Sàn miệng là một vị trí giải phẫu đặc biệt với giới hạn hẹp, khó tiếp cận để đánh giá, chẩn đoán và điều trị. Đây là lý do khiến bệnh lý này thường phát hiện ở giai đoạn muộn và có tỷ lệ tái phát cao. Tuy nhiên, ngày càng có nhiều BN được phát hiện ở giai đoạn sớm. Với UT giai đoạn sớm, phẫu thuật là phương pháp điều trị quan trọng nhất, xạ trị ± hóa trị có vai trò hỗ trợ giảm tỷ lệ tái phát<sup>1</sup>. Mặc dù UTSM giai đoạn sớm có tiên lượng tương đối tốt, nhưng nhiều nghiên cứu đã chỉ ra các yếu tố kích thước u, tình trạng di căn hạch, độ sâu xâm nhập, độ biệt hóa khối u, tình trạng xâm nhập mạch máu và thần kinh có liên quan đến tiên lượng bệnh<sup>2-5</sup>.

Hiện nay, tại Việt Nam chưa có nhiều báo cáo về kết quả điều trị UTSM, đặc biệt là nhóm BN UTSM giai đoạn sớm. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị UTSM giai đoạn cT1-2N0M0 tại Bệnh viện K.*

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

**2.1 Đối tượng nghiên cứu.** Bao gồm 65 BNUT sàn miệng giai đoạn cT1-2N0M0 được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện K từ T1/2015 – T12/2019.

**Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Các BNUT sàn miệng giai đoạn cT1-2N0M0 được phẫu thuật tại Bệnh viện K.
- Kết quả mô bệnh học là UT biểu mô vảy.
- Thể trạng chung tốt: PS từ 0 – 1.
- BN chưa được điều trị trước đó.

**Tiêu chuẩn loại trừ**

- UT tái phát hoặc mắc UT thứ hai.
- Mắc bệnh mạn tính hoặc cấp tính trầm trọng có nguy cơ tử vong trong thời gian ngắn.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**Cỡ mẫu:** Được tính theo công thức

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p(1-p)}{\Delta^2}$$

*Trong đó:* n: Cỡ mẫu tối thiểu trong nghiên cứu

$Z_{1-\alpha/2}$ : hệ số tin cậy với mức xác suất 95% ( $\alpha = 0,05$ ) →  $Z = 1,96$ .

$\Delta$ : khoảng sai lệch mong muốn, chúng tôi lấy giá trị này là 10% ( $\Delta = 0,1$ )

p: tỷ lệ tái phát của nghiên cứu trước ( $p=0,2$ ).

Từ công thức trên chúng tôi tính được cỡ mẫu tối thiểu là 62 BN. Nghiên cứu của chúng tôi thu thập được 65 BN thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

**2.3. Xử lý số liệu.** Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm bệnh nhân**

**Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân**

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	≤60 tuổi	48 / 73,8
	>60 tuổi	17 / 26,2
Giới tính	Nam	58 / 89,2
	Nữ	7 / 10,8
Giai đoạn u	cT1	34 / 52,3
	cT2	31 / 47,7
Phương pháp điều trị	Phẫu thuật đơn thuần	40 / 61,5
	Phẫu thuật+xạ trị/hóa xạ trị	25 / 38,5
Di căn hạch tiềm ẩn	pN0	44 / 67,7
	pN+	21 / 32,3
Giai đoạn bệnh sau mổ	I	28 / 43,1
	II	16 / 24,6
	III	18 / 27,7
	IVa	3 / 4,6

**Nhận xét:** Nhóm BN nghiên cứu đa số từ 60 tuổi trở xuống (73,8%), với nam giới chiếm chủ yếu (89,2%). Đa số BN được phẫu thuật đơn thuần (61,5%). Sau phẫu thuật có 21 BN (32,3%) di căn hạch, các BN này chuyển sang giai đoạn III (27,7%) và IVa (4,6%).

**2.2. Đặc điểm tái phát sau điều trị**

**Bảng 2. Đặc điểm tái phát sau điều trị**

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tái phát	21	32,3
Không tái phát	44	67,7
<b>Vị trí tái phát</b>		
Sàn miệng	3	14,3
Hạch cổ	12	57,1

Sàn miệng và hạch cổ	5	23,8
Di căn xa	1	4,8
<b>Thời gian tái phát</b>		
≤12 tháng	4	19
12–24 tháng	11	52,4
>24 tháng	6	28,6

**Nhận xét:** Trong thời gian theo dõi, chúng tôi ghi nhận 21 trường hợp tái phát (32,3%), đa phần là tái phát tại hạch cổ (57,1%), tái phát tại sàn miệng chiếm 14,3%, có 1 BN di căn xa là di căn phổi. Tái phát chủ yếu trong vòng 24 tháng kể từ lúc phẫu thuật (71,4%).

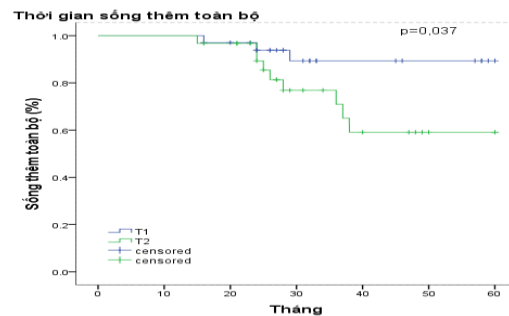
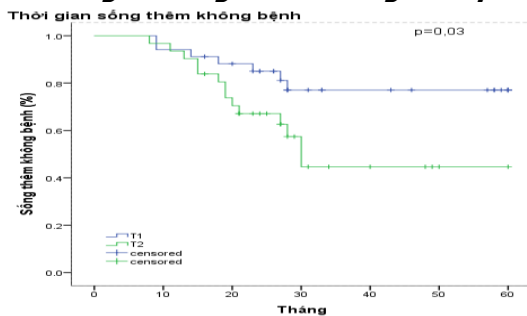
**Bảng 3. Môi liên quan giữa tái phát và một số yếu tố**

Yếu tố	Tái phát		Không tái phát		Tổng (n)	OR	95%CI	p
	n	%	n	%				
Tuổi	>60	6	35,3	11	64,7	1,2	0,374-3,855	0,759
	≤60	15	31,2	33	68,8			
Giới	Nam	19	32,8	39	67,2	1,218	0,216-6,864	0,697
	Nữ	2	28,6	5	71,4			
Độ mô học	I + II	20	32,3	42	67,7	1,05	0,09-12,275	0,697
	III	1	33,3	2	66,7			
Giai đoạn u	cT1	7	20,6	27	79,4	3,176	1,066-9,462	0,034
	cT2	14	45,2	17	54,8			
Di căn hạch tiềm ẩn	Có	13	61,9	8	38,1	7,313	2,276-23,497	0,001
	Không	8	18,2	36	81,8			

**Nhận xét:** Giai đoạn u và di căn hạch tiềm ẩn có liên quan đến tỷ lệ tái phát, khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Các yếu tố nhóm tuổi, giới tính, độ mô học không liên quan đến tỷ lệ tái phát ( $p > 0,05$ ).

**2.3. Thời gian sống thêm.** Trong thời gian theo dõi có 21 BN tái phát và 12 BN tử vong. Tỷ lệ sống thêm không bệnh (DFS) 5 năm đạt 62,3%, thời gian DFS trung bình  $45,08 \pm 2,65$  tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ (OS) 5 năm đạt 74%, thời gian OS trung bình  $52,03 \pm 2,03$  tháng.

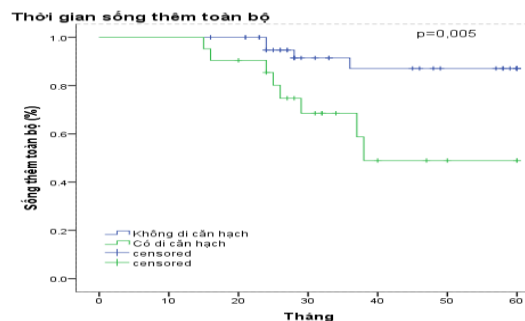
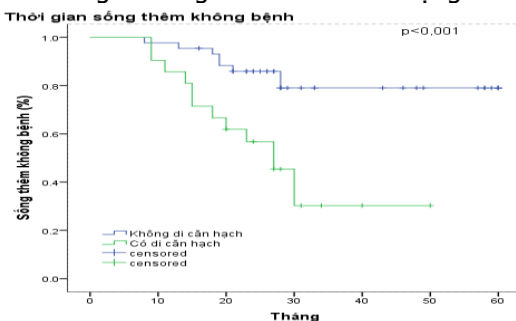
**Thời gian sống thêm theo giai đoạn u**



**Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm và giai đoạn u**

**Nhận xét:** Tỷ lệ DFS 5 năm của nhóm cT1 cao hơn nhóm cT2 (77,1% so với 44,6%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,03$ . Tỷ lệ OS 5 năm của nhóm cT1 cao hơn nhóm cT2 (89,4% so với 59,1%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,037$ .

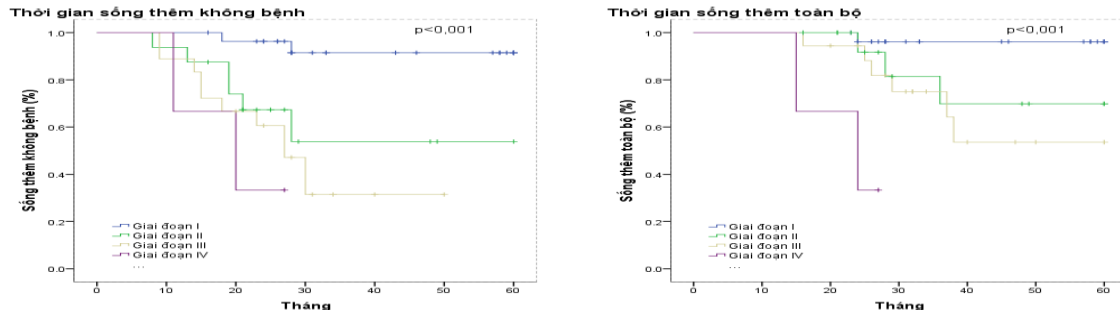
Thời gian sống thêm theo tình trạng di căn hạch



**Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm và di căn hạch**

**Nhận xét:** Tỷ lệ DFS 5 năm của nhóm pN0 cao hơn nhóm pN+ (79,0% so với 30,3%), khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Tỷ lệ OS 5 năm của nhóm pN0 cao hơn so với nhóm pN+ (87,1% so với 49,0%), khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,005$ ).

Thời gian sống thêm theo giai đoạn bệnh sau phẫu thuật



**Biểu đồ 3. Thời gian sống thêm và giai đoạn bệnh sau mổ**

**Nhận xét:** Tỷ lệ DFS 5 năm giảm dần theo giai đoạn, tương ứng giai đoạn I, II, III, IV là 91,5%; 53,8%; 31,4%; 33,3%, khác biệt có ý nghĩa với  $p < 0,001$ . Tỷ lệ OS 5 năm giảm dần theo giai đoạn, tương ứng giai đoạn I, II, III, IV là 96,2%; 69,8%; 53,6%; 33,3%, khác biệt có ý nghĩa với  $p < 0,001$ .

#### IV. BÀN LUẬN

##### 3.1. Tình trạng tái phát bệnh sau điều trị.

Trong thời gian theo dõi từ 15 đến 60 tháng, chúng tôi ghi nhận 21 trường hợp tái phát sau điều trị (32,3%), vị trí tái phát phổ biến là hạch cổ (57,1%), tiếp đến là cả tại chỗ và hạch cổ (23,8%), tái phát tại chỗ chiếm 14,3%, có 1 trường hợp di căn phổi chiếm 4,8%. Nghiên cứu của Rodrigues cho thấy tỷ lệ tái phát cao hơn chúng tôi (42,6%)<sup>3</sup>. Trong khi, kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Kunzel, tác giả cho thấy tỷ lệ tình trạng tái phát xuất hiện ở 26,4% số bệnh nhân sau điều trị, đa số là tái phát tại chỗ (10,7%) và tại hạch vùng (9,7%)<sup>5</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN chủ yếu tái phát trong vòng 24 tháng kể từ khi phẫu thuật (71,4%).

##### Mối liên quan giữa tình trạng tái phát và một số yếu tố

- Tuổi: Không có sự khác biệt về tỷ lệ tái phát ở nhóm trên và dưới 60 tuổi,  $p = 0,759$ . Kết quả này tương tự Wei, tác giả nhận thấy không có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi với  $p = 0,524$ <sup>4</sup>, tương tự như tác giả Jang với  $p = 0,469$ <sup>6</sup>, và tác giả Fives với  $p = 0,9$ <sup>7</sup>.

- Giới: Tỷ lệ tái phát ở nam cao hơn nữ (32,8% so với 28,6%), nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê,  $p = 0,697$ . Kết quả này tương tự với tác giả Wei ( $p = 0,356$ ), và Jang ( $p = 0,608$ )<sup>4,6</sup>.

- Độ mô học: Tỷ lệ tái phát không khác biệt giữa các nhóm độ mô học với  $p = 0,697$ . Kết quả của chúng tôi tương tự như tác giả Wei ( $p = 0,152$ ) và tác giả Jang ( $p = 0,261$ )<sup>4,6</sup>.

- Giai đoạn u: Tỷ lệ tái phát của nhóm cT1

thấp hơn nhóm cT2, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,034$ . Kết quả này tương tự với tác giả Wei, tỷ lệ tái phát có sự khác biệt giữa giai đoạn T1 và T2 (với  $p = 0,005$ )<sup>4</sup>. Trong nghiên cứu của Kunzel, tỷ lệ tái phát của nhóm T1 thấp hơn T2 (23,8% so với 29,8%), nhưng khác biệt không có ý nghĩa với  $p > 0,05$ <sup>5</sup>.

- Di căn hạch tiềm ẩn: Tỷ lệ tái phát của nhóm pN+ cao hơn pN0 (61,9% so với 18,2%),  $OR = 7,313$ ,  $p = 0,001$ . Kết quả này tương tự nghiên cứu của Wei, pN+ có tỷ lệ tái phát cao hơn pN0,  $OR = 4,222$  với  $p < 0,001$ <sup>4</sup>. Tác giả Jang và Fives cũng cho kết quả tương tự với  $p < 0,05$ <sup>6-7</sup>.

**3.2. Thời gian sống thêm.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ DFS 5 năm đạt 62,3%, thời gian DFS trung bình là 45,08 tháng. Tỷ lệ OS 5 năm đạt 74,6%, thời gian OS trung bình là 52,03 tháng. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Kowalski, thời gian OS và DFS trung bình lần lượt là 48,2 và 41,8 tháng<sup>8</sup>. Tác giả Fives nhận định tỷ lệ OS 5 năm là 73,9%, trong khi Kunzel cho kết quả thấp hơn với tỷ lệ OS 5 năm là 57,6%<sup>5,7</sup>.

##### Mối liên quan giữa sống thêm và một số yếu tố

- Giai đoạn u: có sự khác biệt về thời gian OS và DFS giữa hai nhóm cT1 và cT2 với giá trị p lần lượt là 0,03 và 0,037. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Amaral, tỷ lệ OS 5 năm của nhóm T2 thấp hơn T1 (62,1% so với 76,9%),  $p < 0,05$ <sup>9</sup>. Ngược lại, Wei cho thấy OS không khác biệt giữa 2 nhóm u T1 và T2 với  $p > 0,05$ <sup>4</sup>.

- Di căn hạch: Di căn hạch trong UTSM được xem là một yếu tố ảnh hưởng xấu đến cả OS và DFS. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ DFS

và OS 5 năm của nhóm pN+ thấp hơn pN0 với  $p < 0,01$ . Kết quả này tương tự với tác giả Fives và Wei. Theo nghiên cứu của Fives, tỷ lệ OS 2 năm của nhóm pN+ thấp hơn pN0 (43% so với 79%),  $p = 0,027$ . Tác giả Wei cho thấy có sự khác biệt về OS giữa hai nhóm pN+ và pN0 với  $p = 0,0024$ .

- Giai đoạn bệnh sau mổ: DFS và OS giảm theo giai đoạn bệnh,  $p < 0,001$ . Kết quả này tương tự tác giả Rodrigues và Saggi. Trong nghiên cứu của Rodrigues, tỷ lệ OS và DFS của giai đoạn I/II cao hơn III/IV, với  $p < 0,0013$ . Tác giả Saggi cũng cho kết quả tương tự với  $p < 0,0012$ .

## V. KẾT LUẬN

Trong UTSM giai đoạn sớm, tái phát sau điều trị thường gặp tại hạch cổ và tại chỗ, đa số xảy ra trong 2 năm đầu sau kết thúc điều trị. Kích thước u và di căn hạch tiềm ẩn là các yếu tố liên quan đến tình trạng tái phát. Kích thước u, di căn hạch tiềm ẩn và giai đoạn bệnh sau phẫu thuật là các yếu tố tiên lượng xấu đến thời gian sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Quang (2020). Ung thư đầu cổ, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Saggi S, Badran K W, Han A Y et al (2018). Clinicopathologic characteristics and survival

outcomes in floor of mouth squamous cell carcinoma: a population-based study. *Otolaryngology – Head and Neck Surgery*, 159(1), 51-58.

3. Rodrigues R M, Bernardo V G, Da Silva S D et al (2020). How pathological criteria can impact prognosis of tongue and floor of the mouth squamous cell carcinoma. *Journal of Applied Oral Science*, 28.
4. Wei D, Qigen F, Shanting L et al (2020). Feasibility of submandibular gland preservation in cT1-2N0 squamous cell carcinoma in the floor of the mouth. *Frontiers in oncology*, 10, 579.
5. Künzel J, Psychogios G, Koch M et al (2013). Results of treatment for pT1/pT2 carcinomas of the floor of mouth. *Acta oto-laryngologica*, 133(9), 1000-1005.
6. Jang W I, Wu H G, Park C I et al (2008). Treatment of patients with clinically lymph node-negative squamous cell carcinoma of the oral cavity. *Japanese journal of clinical oncology*, 38(6), 395-401.
7. Fives C, Feeley L, O'Leary G et al (2016). Importance of lymphovascular invasion and invasive front on survival in floor of mouth cancer. *Head & neck*, 38(S1), E1528-E1534.
8. Kowalski L P, Bagietto R, Lara J RL et al (2000). Prognostic significance of the distribution of neck node metastasis from oral carcinoma. *Head & Neck: Journal for the Sciences and Specialties of the Head and Neck*, 22(3), 207-214.
9. Amaral T M P, da Silva Freire A R, Carvalho A L et al (2004). Predictive factors of occult metastasis and prognosis of clinical stages I and II squamous cell carcinoma of the tongue and floor of the mouth. *Oral oncology*, 40(8), 780-786.

## ĐẶC ĐIỂM MỘT SỐ CHỈ SỐ HUYẾT HỌC Ở BỆNH NHÂN LUPUS MANG THAI TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI GIAI ĐOẠN 2020 - 2021

Hoàng Thị Hà<sup>1</sup>, Nguyễn Hữu Trường<sup>2</sup>, Trần Thị Kiều My<sup>3,4</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Lupus ban đỏ hệ thống (LBĐHT) là một bệnh lý viêm mạn tính và một số chỉ số huyết học đã được chứng minh có vai trò trong đánh giá đáp ứng viêm hệ thống, mức độ hoạt động bệnh cũng như dự báo một số tổn thương tạng và sự xuất hiện bệnh. Tuy nhiên, thai nghén ảnh hưởng đáng kể đến các chỉ số này. Vì vậy, nghiên cứu này nhằm mục tiêu tìm hiểu sự thay đổi của một số chỉ số huyết học và mối liên quan của chúng với hoạt động của bệnh khi mang thai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:**

nghiên cứu mô tả cắt ngang, bao gồm 82 thai phụ lupus với nhóm chứng bao gồm 40 bệnh nhân lupus không mang thai và 30 thai phụ khỏe mạnh. Đánh giá hoạt động bệnh theo thang điểm SLEPDAI. Các chỉ số huyết học được đánh giá gồm nồng độ huyết sắc tố, số lượng tiểu cầu, bạch cầu đoạn trung tính (BCĐTT), lympho, tỷ số giữa số lượng BCĐTT và lympho (NLR), tỷ số giữa số lượng tiểu cầu và lympho (PLR). **Kết quả:** Liên quan đến hoạt động bệnh khi mang thai, điểm SLEPDAI có tương quan với nồng độ huyết sắc tố ( $r = -0,609$ ), số lượng tiểu cầu ( $r = -0,280$ ), lympho ( $r = -0,222$ ) và NLR ( $r = 0,343$ ) nhưng không tương quan với PLR. Hồi quy tuyến tính đa biến cho thấy nồng độ huyết sắc tố là một yếu tố độc lập ảnh hưởng đến chỉ số SLEPDAI ( $\beta = -0,098$ ;  $p = 0,001$ ). Ở thai phụ lupus NLR (3,96) tăng cao so với nhóm lupus không mang thai (2,91) nhưng không khác biệt so với thai phụ khỏe mạnh (3,51). PLR (159,66) tương đồng với nhóm lupus không mang thai (175,09) nhưng tăng cao đáng kể so với thai phụ khỏe mạnh (106,34). Trong dự báo LBĐHT, NLR và PLR có giá trị AUC lần lượt là 0,627 (95%CI: 0,519 - 0,735;  $p = 0,040$ ) và

<sup>1</sup>Bệnh viện Sản Nhi Hà Nam

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>3</sup>Viện Huyết học - Truyền Máu Trung ương

<sup>4</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Hà

Email: hoangngochayhp@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2021

Ngày duyệt bài: 26.8.2021