

Bảng 4: Đặc điểm kết quả phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật		Số lượng (n)	Tỉ lệ %	
Kết quả phẫu thuật	Thành công	111	94,1	
	Tai biến sau mổ	Chảy máu thành bụng	1	0,8
		Nhiễm trùng thành bụng	5	4,3
		Tổn thương niệu quản	1	0,8

Nhận xét: 94,1% các ca phẫu thuật thành công, không có biến chứng. Có 7 ca tai biến trong mổ, gồm 5 trường hợp nhiễm trùng thành bụng, 1 trường hợp chảy máu thành bụng và 1 trường hợp tổn thương niệu quản.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phẫu thuật mổ mở điều trị UXCTC chiếm đa số với 94,1%, chủ yếu là mổ cắt tử cung hoàn toàn. Phẫu thuật mổ nội soi có 7 trường hợp, chiếm 5,9%. So với nghiên cứu của Trịnh Xuân Hường (mổ mở 87,1%, nội soi 9,6%)⁵ và Nguyễn Mạnh Thăng (mổ mở 51,1%, nội soi 45,1%)⁶, tỷ lệ mổ nội soi trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn. Có thể giải thích là do bệnh nhân điều trị tại bệnh viện Bạch Mai thường có nhiều bệnh lý nội khoa nặng kèm theo như tăng huyết áp, suy thận, suy tim,... nên mổ mở là phương án an toàn được ưu tiên lựa chọn hơn. Tuy nhiên, nên mở rộng chỉ định mổ nội soi hơn bởi đây là phương pháp có rất nhiều ưu điểm như ít đau sau mổ, ít dùng kháng sinh, thời gian nằm viện ngắn, thời gian hồi phục sức khỏe nhanh, tính thẩm mỹ cao. Xu thế chung của thế giới là ngày càng phát triển những phẫu thuật ít xâm lấn nhằm đáp ứng nhu cầu chất lượng cuộc sống ngày càng cao của người bệnh.

Bệnh nhân phẫu thuật UXCTC chủ yếu là mổ phiến có chuẩn bị, chiếm 92,4%. Chỉ có 9/118 trường hợp bệnh nhân mổ cấp cứu có trì hoãn, đây hầu như là những trường hợp u xơ cơ tử cung to - băng kinh - thiếu máu nặng, đòi hỏi phải xử trí nhanh chóng để đảm bảo an toàn sức khỏe và tính mạng cho bệnh nhân. Phần lớn các ca phẫu thuật kéo dài 60 -120 phút, chỉ có 17,8% ca phẫu thuật diễn ra trong < 60 phút. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Trịnh Xuân Hường với 49,2% ca phẫu thuật kéo dài < 60 phút. Có thể giải thích là do tỷ lệ các ca mổ mở trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nên thời gian phẫu thuật cũng kéo dài hơn. Có

35/118 trường hợp phải truyền máu trước mổ, chiếm 29,7%. Đây hầu hết là các bệnh nhân có triệu chứng rong kinh, rong huyết kéo dài, trì hoãn việc khám chữa bệnh, dẫn đến khi nhập viện bệnh nhân đã ở trong tình trạng thiếu máu vừa - nặng, bắt buộc phải truyền máu trước mổ để đảm bảo an toàn cho cuộc mổ.

Trong nhóm bệnh nhân mổ nội soi, tỉ lệ có kích thước tử cung < 8 tuần chiếm 57,1%, trong khi tỉ lệ này ở nhóm mổ mở thấp hơn rất nhiều là 7,2%. Tỷ lệ mổ nội soi giảm dần khi kích thước tử cung tăng lên. Tất cả bệnh nhân có kích thước tử cung > 12 tuần đều được chỉ định mổ mở. Điều này cho thấy kích thước tử cung là một yếu tố rất quan trọng cần cân nhắc khi lựa chọn đường mổ cho bệnh nhân UXCTC. Các trường hợp tử cung nhỏ thường được ưu tiên chỉ định phẫu thuật nội soi, do đa số là u xơ kích thước nhỏ, thuận lợi cho thao tác phẫu thuật và đảm bảo tính an toàn, hiệu quả. Ngược lại, ở những trường hợp tử cung to, đặc biệt khi kích thước tử cung tương đương trên 12 tuần thai, bệnh lý thường đã tiến triển nặng với u xơ kích thước lớn hoặc số lượng nhiều. Trong các tình huống này, phẫu thuật viên thường lựa chọn phương pháp mổ mở để đảm bảo an toàn cho người bệnh.

Tỷ lệ các ca phẫu thuật thành công, không xảy ra tai biến chiếm tuyệt đại đa số với 94,1%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Đào Thị Hồng Nhung (95,5%).⁷ Có 7 ca tai biến trong mổ, gồm 5 trường hợp nhiễm trùng thành bụng (4,3%), 1 trường hợp chảy máu thành bụng (0,8%) và 1 trường hợp tổn thương niệu quản (0,8%). Tai biến có thể xảy ra ở mọi phương pháp phẫu thuật, bao gồm cả phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mổ mở. Để hạn chế tối đa các tai biến, bên cạnh việc lựa chọn đường mổ phù hợp, phẫu thuật viên cần nắm vững giải phẫu, bộc lộ rõ ràng trường phẫu thuật trước khi can thiệp và kiểm tra kỹ lưỡng sau phẫu thuật. Khi tai biến xảy ra, hậu quả có thể rất nghiêm trọng, thậm chí đe dọa tính mạng người bệnh, ở mức độ nhẹ hơn cũng có thể ảnh hưởng đến sức khỏe, chất lượng cuộc sống, kéo dài thời gian nằm viện và làm gia tăng đáng kể chi phí điều trị cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Điều trị phẫu thuật u xơ cơ tử cung tại bệnh viện Bạch Mai chủ yếu là mổ mở và cắt tử cung hoàn toàn, phần lớn các trường hợp không xảy ra tai biến. Phẫu thuật viên cần đánh giá kỹ các yếu tố liên quan để lựa chọn phương pháp phẫu thuật hợp lý và đảm bảo an toàn cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Duy Ảnh. *Giáo Trình Sản Phụ Khoa Tập 1 - Trường Đại Học Y Dược Quốc Gia Hà Nội*; 2022.
2. JAMA. Uterine Fibroids. *Reproductive Health*; 2024.
3. **Comprehensive Review of Uterine Fibroids:** Developmental Origin, Pathogenesis, and Treatment | *Endocrine Reviews. Oxford Academic*; 2022.
4. Navarro A, Bariani MV, Yang Q, Al-Hendy A. Understanding the Impact of Uterine Fibroids on Human Endometrium Function. *Front Cell Dev Biol*. 2021;9:633180. doi:10.3389/fcell.2021.633180
5. Trịnh Xuân Hưởng. Nghiên cứu về phẫu thuật điều trị u xơ tử cung tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2014. *Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Chuyên khoa II, chuyên ngành Phụ sản, Trường Đại học Y Hà Nội*; 2016.
6. Nguyễn Mạnh Thắng. Các phương pháp phẫu thuật u xơ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2018;470(2):11-14.
7. Đào Thị Hồng Nhung. Kết quả điều trị u xơ cơ tử cung bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;540(2):45-48.

KẾT QUẢ XỬ TRÍ SẢN KHOA CÁC THAI PHỤ MẮC BỆNH LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG TRONG 3 THÁNG CUỐI THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Lê Sỹ Dũng^{1*}, Phan Thị Thu Hằng¹,
Đoàn Mạnh Tín¹, Lê Thị Thùy Linh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả xử trí sản khoa các thai phụ mắc bệnh lupus ban đỏ hệ thống trong 3 tháng cuối thai kỳ tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu thực hiện trên 45 hồ sơ bệnh án của những thai phụ mắc bệnh lupus ban đỏ hệ thống kết thúc thai nghén trong 3 tháng cuối thai kỳ tại Bệnh viện Bạch Mai từ 01/01/2024 đến 31/12/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $29,0 \pm 4,8$ tuổi. Thời gian mắc bệnh trung bình là $4,3 \pm 2,5$ năm. Tỷ lệ sản phụ phát hiện bệnh trong quá trình mang thai là 15,6%. Có 17,8% sản phụ được điều trị phối hợp methylprednisolon và HCQ. Tỷ lệ thai đủ tháng, thai non tháng, thai lưu, thai chậm phát triển trong tử cung lần lượt là 51,1%, 44,4%, 2,2%, 45,5%. Tỷ lệ mổ lấy thai là 95,5%, trong đó chủ yếu là mổ lấy thai chủ động. 15,4 % sản phụ có biến chứng trong quá trình mang thai và hậu sản, chủ yếu xảy ra ở tuổi thai < 37 tuần. **Kết luận:** Tỷ lệ các thai kỳ bất lợi như thai non tháng, thai chậm phát triển trong tử cung,... vẫn còn ở mức cao. Cần tăng cường tuyên truyền, theo dõi thai kỳ sát sao, đồng thời cần phối hợp chặt chẽ giữa các chuyên khoa trong quản lý thai nghén của những thai phụ mắc lupus ban đỏ hệ thống. **Từ khóa:** *Lupus ban đỏ hệ thống, phụ nữ có thai, 3 tháng cuối thai kỳ.*

SUMMARY

OUTCOMES OF OBSTETRIC MANAGEMENT IN PREGNANT WOMEN WITH SYSTEMIC

¹Khoa Phụ sản - Bệnh viện Bạch Mai
Chịu trách nhiệm chính: Lê Sỹ Dũng
Email: lesydunghmu@gmail.com
Ngày nhận bài: 21.1.2026
Ngày phản biện khoa học: 11.2.2026
Ngày duyệt bài: 18.3.2026

LUPUS ERYTHEMATOSUS IN THE THIRD TRIMESTER AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: To evaluate the outcomes of obstetric management in pregnant women with systemic lupus erythematosus (SLE) during the third trimester of pregnancy at Bach Mai Hospital. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 45 medical records of pregnant women with SLE whose pregnancies ended in the third trimester at Bach Mai Hospital between January 1, 2024, and December 31, 2024. **Results:** The mean age of the study population was 29.0 ± 4.8 years. The average disease duration was 4.3 ± 2.5 years. SLE was newly diagnosed during pregnancy in 15.6% of the patients. Combination therapy with methylprednisolone and hydroxychloroquine (HCQ) was administered in 17.8% of cases. The rates of term delivery, preterm delivery, stillbirth, and intrauterine growth restriction were 51.1%, 44.4%, 2.2%, and 45.5%, respectively. The cesarean section rate was 95.5%, predominantly elective procedures. Maternal complications during pregnancy and the postpartum period occurred in 15.4% of patients, mainly in those with a gestational age of less than 37 weeks. **Conclusion:** The rates of adverse pregnancy outcomes, such as preterm birth and intrauterine growth restriction, remain high. Enhanced patient education and close antenatal monitoring are essential, along with strengthened multidisciplinary collaboration in the management of pregnancy in women with SLE. **Keywords:** *Systemic lupus erythematosus, pregnant women, third trimester of pregnancy.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống (SLE) là một trong những bệnh tự miễn dịch hệ thống thường gặp nhất. Bệnh đặc trưng bởi những đợt nặng lên và thuyên giảm diễn ra thất thường với dấu hiệu

lâm sàng khác nhau, có thể nguy hiểm tính mạng do các đợt cấp gây tổn thương đến các cơ quan như: thần kinh, tim mạch, hô hấp... và cho đến nay vẫn chưa có thuốc đặc hiệu chữa khỏi bệnh.¹ 90% số ca mắc bệnh là những phụ nữ đang trong độ tuổi sinh sản. Theo những nghiên cứu gần đây, bệnh có độ lưu hành ước khoảng 20 – 150 ca/100.000 dân, riêng ở phụ nữ là khoảng 164 – 406 ca/ 100.000 dân, tăng xấp xỉ 3 lần so với 4 thập kỷ trước.²

Trước đây, mang thai đã bị chống chỉ định ở những bệnh nhân mắc SLE. SLE làm tăng khả năng xảy ra một số biến chứng nguy hiểm khi mang thai (tiểu đường, nhiễm trùng tiết niệu, tiền sản giật...) thậm chí có thể gây nguy hiểm đến tính mạng đến thai phụ. Đối với thai nhi, SLE làm tăng nguy cơ sẩy thai, thai chết lưu, thai chậm phát triển trong tử cung, lupus sơ sinh,...^{3,4}. Giờ đây, phụ nữ mắc SLE được kiểm soát bệnh chặt chẽ có nhiều cơ hội cho việc mang thai và sinh đẻ thành công. Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong và bệnh tật của mẹ thai phụ mắc bệnh SLE và thai nhi vẫn còn cao mặc dù việc điều trị đã nhiều tiến bộ. Vì vậy, tại Việt Nam cũng như trên thế giới, thai phụ mắc bệnh SLE vẫn được xếp vào nhóm thai nghén có nguy cơ cao.

Hoạt động bệnh lupus trong quá trình mang thai chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố. Hầu hết các nghiên cứu đều thống nhất rằng tăng hoạt động bệnh trong vòng 6 tháng trước thời điểm thụ thai làm tăng khả năng xuất hiện đợt cấp trong quá trình mang thai. Mức độ hoạt động của bệnh và các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ hoạt động của bệnh trong quá trình mang thai cũng như kết cục sản khoa, thời điểm cũng như phương pháp can thiệp sản khoa vẫn luôn là vấn đề được quan tâm rất lớn trong quản lý thai nghén ở bệnh nhân Lupus ban đỏ hệ thống. Vì vậy, để có thêm những đánh giá về thai phụ mắc bệnh SLE, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: *"Nhận xét kết quả xử trí sản khoa các thai phụ mắc bệnh lupus ban đỏ hệ thống trong 3 tháng cuối thai kỳ tại Bệnh viện Bạch Mai"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Toàn bộ hồ sơ bệnh án của các sản phụ được chẩn đoán mắc lupus ban đỏ hệ thống và kết thúc thai kỳ tại khoa Phụ sản - Bệnh viện Bạch mai từ 1/1/2024 đến hết 31/12/2024

• **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu khi có đủ tiêu chuẩn:

+ Được chẩn đoán xác định bệnh lupus ban đỏ hệ thống theo tiêu chuẩn SLICC 2012.

+ Được chẩn đoán có thai, được theo dõi và kết thúc thai kỳ sau 28 tuần tại khoa Phụ sản - Bệnh viện Bạch Mai.

• **Tiêu chuẩn loại trừ:** Những sản phụ bị bệnh lupus ban đỏ hệ thống kèm theo các bệnh khác mà xác định được rõ là không phải do biến chứng của bệnh lupus ban đỏ hệ thống.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

• **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án

• **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** mẫu tổng thể không xác xuất, toàn bộ hồ sơ bệnh án đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ đều được lấy vào nghiên cứu. Từ 01/01/2024 đến 31/12/2024 chúng tôi thu nhận được 45 bệnh án đủ tiêu chuẩn.

• **Phương pháp thu thập số liệu:** Các dữ liệu về bệnh nhân phục vụ nghiên cứu được thu thập theo phiếu nghiên cứu dựa trên các hồ sơ bệnh án lưu tại kho hồ sơ của viện, sau đó được lưu trữ trên bảng dữ liệu trong máy tính.

• **Xử lý và phân tích số liệu:** các số liệu thu thập được sẽ được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 26.0.

• **Đạo đức nghiên cứu:** Tất cả các hoạt động tiến hành trong nghiên cứu này đều tuân thủ quy định và nguyên tắc chuẩn mực về đạo đức nghiên cứu y sinh học của Việt Nam và quốc tế. Nghiên cứu đã được cho phép bởi hội đồng đạo đức của Bệnh viện Bạch Mai. Nghiên cứu trên hồ sơ bệnh án đã được sự cho phép của hội đồng đạo đức và hội đồng khoa học của Bệnh viện Bạch Mai, không gây nguy hiểm và các nguy cơ cho đối tượng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Một số đặc điểm lâm sàng của sản phụ

Biến số		Tỷ lệ (N = 45)
Tuổi mẹ 29,0 ± 4,8	< 21	1 (2,2%)
	21 - 30	28 (62,2%)
	31 - 40	15 (33,4%)
	> 40	1 (2,2%)
Thời gian mắc bệnh 4,3 ± 2,5	< 5 năm	17 (37,8%)
	≥ 5 năm	28 (62,2%)
Thời điểm phát hiện bệnh	Trước khi mang thai	38 (84,4%)
	Trong khi mang thai	7 (15,6%)
Thuốc đã điều trị	Methylprednisolon	37 (82,2%)
	Methylprednisolon + HCQ	8 (17,8%)

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $29,0 \pm 4,8$ tuổi. Thời gian mắc bệnh trung bình là $4,3 \pm 2,5$ năm. Tỷ lệ sản phụ phát hiện bệnh trong khi mang thai là 15,6%. Có 17,8% sản phụ được điều trị phối hợp methylprednisolon và HCQ.

Bảng 2: Kết quả thai kì (n=45)

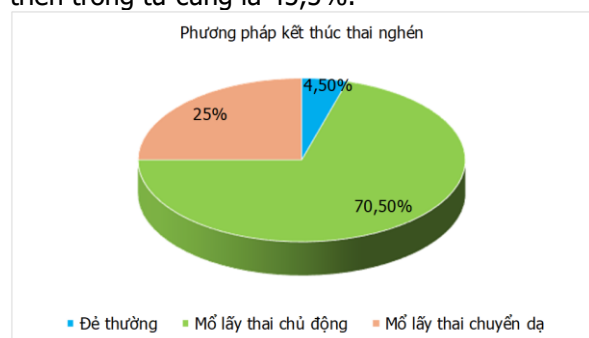
Tình trạng thai	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đủ tháng	23	51,1
Non tháng	20	44,4
Thai lưu	1	2,2
Đình chỉ thai	1	2,2
Tổng	45	100
Tuổi thai trung bình (n = 44)	36,4 ± 2,5 tuần	

Nhận xét: Tỷ lệ thai đủ tháng, thai non tháng, thai lưu và đình chỉ thai lần lượt là 51,1%, 44,4%, 2,2%, 2,2%. Tuổi thai trung bình của 44 trẻ sinh ra sống là $36,4 \pm 2,5$ tuần.

Bảng 3: Trọng lượng sơ sinh

Tuổi thai (tuần)	Trọng lượng sơ sinh		Trọng lượng trung bình (gram)
	Bình thường	Thai CPTTTC	
< 37 tuần	6	15	1805 ± 566,9 (n=20)
≥ 37 tuần	18	5	2709 ± 460,5 (n=24)
Tổng	24	20	2277 ± 683,7 (n=44)
Tỷ lệ (%)	54,5%	45,5%	100

Nhận xét: Trọng lượng trung bình của sơ sinh là $2277 \pm 683,7$ gram. Tỷ lệ thai chậm phát triển trong tử cung là 45,5%.



Biểu đồ 1: Phương pháp kết thúc thai nghén

Nhận xét: Có 44 sản phụ sinh thai sống, trong đó tỷ lệ mổ lấy thai chiếm 95,5%, chủ yếu là mổ lấy thai chủ động.

Bảng 4: Biến chứng về phía mẹ

Loại biến chứng	Tuổi thai		Tổng	Tỷ lệ (%)
	< 37 tuần	≥ 37 tuần		
Tăng huyết áp	2	1	3	6,6
Sản giật	1	0	1	2,2
Nhiễm khuẩn hậu sản	3	0	3	6,6
Tổng	6	1	7	15,4

Nhận xét: 15,4 % sản phụ có biến chứng trong quá trình mang thai và hậu sản, chủ yếu tuổi thai < 37 tuần.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của các thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi là $29,0 \pm 4,8$ tuổi, trong đó nhóm tuổi hoạt động sinh sản mạnh (21 - 30 tuổi) chiếm tỷ lệ nhiều nhất (62,2%). Kết quả này tương đối phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Vân (29,95 tuổi).⁵ Thời gian mắc bệnh trung bình là $4,3 \pm 2,5$ năm, tương tự với nghiên cứu của Trần Hoài Linh là $3,9 \pm 3,9$ năm.⁶ Tỷ lệ thai phụ phát hiện bệnh trong khi mang thai là 15,6%, tương tự với nghiên cứu của Phạm Thị Vạn Xuân (16%). Có 17,8% số thai phụ đang được điều trị phối hợp methylprednisolon (corticoid) và HCQ. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Thị Vạn Xuân: chỉ có 7,5% thai phụ được điều trị phối hợp thuốc.⁷ Có sự khác biệt này là do quan điểm về điều trị thai phụ SLE đang có sự thay đổi. Năm 2018, nghiên cứu của Bitencourt và cộng sự đã gợi ý rằng việc sử dụng HCQ trong suốt thai kì ở phụ nữ mắc SLE có liên quan đến việc giảm nguy cơ bùng phát và cải thiện kết quả của mẹ và thai nhi, và đưa ra khuyến cáo HCQ nên được sử dụng trong tất cả thai kỳ SLE không phân biệt giai đoạn hoạt động của bệnh.⁸

Tỷ lệ thai đủ tháng, thai non tháng, thai lưu và đình chỉ thai trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 51,1%, 44,4%, 2,2%, 2,2%. Tuổi thai trung bình của 44 trẻ sinh ra sống là $36,4 \pm 2,5$ tuần.

So với nghiên cứu của Phạm Thị Vạn Xuân (thai đủ tháng 33,7%, non tháng 50%, thai lưu 13,8%, đình chỉ thai 2,5%, tuổi thai trung bình $34,9 \pm 3,3$), kết quả nghiên cứu của chúng tôi có vẻ khả quan hơn với tỷ lệ thai đủ tháng cao hơn và tỷ lệ các thai kỳ bất lợi (thai non tháng, thai lưu, đình chỉ thai) thấp hơn. Nguyên nhân của sự khác biệt này có thể là do chất lượng quản lí thai nghén ngày càng tăng cao hơn, các thai phụ được theo dõi sát sao, đồng thời có sự phối hợp