

dày hình chêm, cắt lách và lấy nhân di căn phúc mạc. Kết quả MBH sau phẫu thuật, khối u tại dạ dày và phúc mạc đang thoái triển do đáp ứng điều trị.

Bệnh nhân điều trị tân bổ trợ sau phẫu thuật cần tiếp tục điều trị imatinib 400mg/ngày đủ ba năm (tổng thời gian điều trị tân bổ trợ và bổ trợ) đối với GISTs tiến triển tại chỗ (trường hợp lâm sàng 1), bất chấp kết quả tỉ lệ nhân chia của giải phẫu bệnh sau phẫu thuật. Và điều trị imatinib 400mg/ngày đến khi bệnh tiến triển đối với GISTs giai đoạn di căn (trường hợp lâm sàng 2).

IV. KẾT LUẬN

Điều trị tân bổ trợ imatinib trong GISTs giai đoạn tiến triển tại chỗ đối với khối u kích thước lớn, xâm lấn rộng giúp thu nhỏ kích thước khối u tạo thuận lợi cho phẫu thuật triệt căn và bảo tồn tối đa các cơ quan xung quanh. Ngoài ra, GISTs giai đoạn di căn cũng có thể phẫu thuật triệt căn sau điều trị tân bổ trợ imatinib.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tran T., Davila J.A., and El-Serag H.B.

(2005). The epidemiology of malignant gastrointestinal stromal tumors: an analysis of 1,458 cases from 1992 to 2000. *Am J Gastroenterol*, **100**(1), 162–168.

2. Liang X., Yu H., Zhu L.-H., et al. (2013). Gastrointestinal stromal tumors of the duodenum: Surgical management and survival results. *World J Gastroenterol WJG*, **19**(36), 6000–6010.

3. Patel S.R. and Reichardt P. (2021). An updated review of the treatment landscape for advanced gastrointestinal stromal tumors. *Cancer*, **127**(13), 2187–2195.

4. Kurokawa Y., Yang H.-K., Cho H., et al. (2017). Phase II study of neoadjuvant imatinib in large gastrointestinal stromal tumours of the stomach. *Br J Cancer*, **117**(1), 25–32.

5. Wang D., Zhang Q., Blanke C.D., et al. (2012). Phase II trial of neoadjuvant/adjuvant imatinib mesylate for advanced primary and metastatic/recurrent operable gastrointestinal stromal tumors: long-term follow-up results of Radiation Therapy Oncology Group 0132. *Ann Surg Oncol*, **19**(4), 1074–1080.

6. Casali P.G., Jost L., Reichardt P., et al. (2009). Gastrointestinal stromal tumours: ESMO clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol*, **20 Suppl 4**, 64–67.

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ ADIPONECTIN, LEPTIN HUYẾT THANH VỚI ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

Trần Khánh Nga¹, Lâm Đức Tâm², Cao Ngọc Thành³, Phạm Văn Linh⁴

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bên cạnh nghiên cứu dung nạp đường, trong những năm gần đây, các nghiên cứu cũng tìm kiếm những dấu ấn sinh học khác nhằm dự đoán, tầm soát và chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK), trong đó được đề cập nhiều nhất là các adipokines do mô mỡ tiết ra. Ngoài vai trò dự trữ năng lượng, mô mỡ còn là một cơ quan nội tiết quan trọng điều hoà nhiều chức năng sinh học, thông qua việc sản xuất các hormone bao gồm adiponectin, leptin, yếu tố hoại tử khối u (TNFα) và resistin... Các nghiên cứu thấy rằng adiponectin và leptin là những dấu ấn sinh học tiềm năng trong tầm soát và chẩn đoán ĐTĐTK. **Mục tiêu nghiên cứu:** xác định mối liên quan giữa nồng độ adiponectin, leptin huyết thanh với bệnh đái tháo đường thai kỳ. **Đối tượng và phương**

pháp nghiên cứu: nghiên cứu bệnh – chứng trên 106 thai phụ có tuổi thai từ 24 đến 28 tuần đến khám bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ, trong đó có 51 thai phụ ĐTĐTK và 55 thai phụ không có ĐTĐTK theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ 2018. Định lượng adiponectin và leptin bằng phương pháp miễn dịch liên kết men (ELISA). **Kết quả:** Nồng độ adiponectin của nhóm thai phụ ĐTĐTK là 3,46 ±1,07 µg/ml, của nhóm thai phụ không có ĐTĐTK là 5,52 ±2,76 µg/ml, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p<0,001. Nồng độ leptin của nhóm thai phụ ĐTĐTK là 8,69 ±6,80 ng/ml, của nhóm thai phụ không có ĐTĐTK là 7,52 ±4,52 ng/ml, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p=0,28). **Kết luận:** Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa nồng độ leptin huyết thanh với ĐTĐTK, nồng độ adiponectin thấp có liên quan đến nguy cơ mắc ĐTĐTK.

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ, adiponectin

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN SERUM ADIPONECTIN, LEPTIN CONCENTRATION AND RISK OF GESTATIONAL DIABETES MELLITUS

Background: Besides the gold-standard is the oral glucose tolerance test, in recent years, the identification of other biomarkers to predict, screening

¹Nghiên cứu sinh Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

³Trường Đại học Y Dược Huế, Đại học Huế

⁴Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

Chịu trách nhiệm chính: Trần Khánh Nga

Email: tknga@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 31.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2022

Ngày duyệt bài: 29.7.2022

and diagnosis of gestational diabetes mellitus (GDM) are concerned. A crucial role in the pathogenesis of GDM seems to be also played by adipose tissue. Beyond its role of energy storage, adipocyte tissue represents an important endocrine organ that regulates many biological functions through the production of hormones, known as adipokines, such as adiponectin, leptin, TNF α and resistin...As such, adiponectin and leptin has been studied as potential biomarkers for GDM. **Objectives:** The aim of the study was to determine the relationship between serum adiponectin, leptin concentration with GDM. **Materials and methods:** A case - control study was conducted with 106 pregnant women from 24 to 28 weeks of gestation who have antenatal care at Can Tho obstetrics and gynecology hospital, selected 51 pregnant women with GDM as cases and 55 pregnant women without GDM as controls according to diagnostic criteria of the American Diabetes Association 2018. Serum adiponectin, leptin concentration was measured using enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA). **Results:** Serum adiponectin concentrations were statistically significant lower in the subjects with GDM than in healthy pregnant subjects ($3,46 \pm 1,07 \mu\text{g/ml}$ vs. $5,52 \pm 2,76 \mu\text{g/ml}$, $p < 0.001$). Serum leptin concentration was $8,69 \pm 6,80 \text{ ng/ml}$ and $7,52 \pm 4,52 \text{ ng/ml}$ in case and control groups, the difference was not significantly ($p=0,28$). **Conclusion:** There was no association found between serum leptin concentration and GDM, but serum concentrations of adiponectin were significantly lower in gestational diabetic women and this may associate with an increased risk of GDM.

Keyword: gestational diabetes mellitus, adiponectin

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là bệnh rối loạn chuyển hóa thường gặp và đang có tốc độ phát triển nhanh. Cùng với tăng huyết áp, đái tháo đường là bệnh lý nội khoa thường gặp trong thai kỳ, có thể ảnh hưởng đến tử suất và bệnh suất của mẹ và thai nhi. Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là đái tháo đường được chẩn đoán trong ba tháng giữa hoặc ba tháng cuối của thai kỳ và không có bằng chứng về đái tháo đường típ 1, típ 2 trước đó [1]. ĐTĐTK được ghi nhận có tốc độ tăng nhanh trên toàn cầu, trong bối cảnh của gia tăng tỷ lệ béo phì và ĐTĐ típ 2 ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, đặc biệt là ở những quốc gia có thu nhập thấp và đang phát triển. Bài tổng quan năm 2018 của nhóm tác giả Kai Wei Lee cho thấy tỷ lệ trung bình chung của ĐTĐTK ở châu Á là 11,5% (KTC 95% 10,9–12,1) [8].

Adiponectin và leptin chủ yếu được sinh ra từ tế bào mỡ, có thể có các hoạt động chống lại xơ vữa động mạch và kháng insulin. Leptin là hormone đầu tiên có nguồn gốc từ tế bào mỡ được phát hiện, là một polypeptid có trọng lượng phân tử 16 kDa, chứa 167 acid amin [5]. Adiponectin là một protein liên quan đến bổ thể

tế bào mỡ 30 kDa, được phát hiện lần đầu tiên vào năm 1995 và được mã hóa bởi các gen ADIPOQ nằm ở vùng nhiễm sắc thể 3q27. Các nghiên cứu cho thấy rằng sự thay đổi nồng độ của hai chất này có liên quan đến kháng insulin trong thời kỳ mang thai, điều này cho thấy adiponectin và leptin có góp phần vào cơ chế bệnh sinh kháng insulin của ĐTĐTK[9]. Như vậy, adiponectin và leptin có thể là những dấu ấn sinh học tiềm năng trong tầm soát và chẩn đoán ĐTĐTK. Với mong muốn tìm hiểu xem có hay không có mối liên quan giữa adiponectin và leptin với bệnh lý ĐTĐTK, chúng tôi tiến hành đề tài "Nghiên cứu mối liên quan giữa nồng độ adiponectin và leptin huyết thanh với đái tháo đường thai kỳ" với mục tiêu nghiên cứu là xác định mối liên quan giữa nồng độ adiponectin, leptin huyết thanh với bệnh đái tháo đường thai kỳ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Thai phụ có tuổi thai từ 24 – 28 tuần đến khám tại phòng khám sản Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ có chỉ định làm nghiệm pháp dung nạp đường 75g đồng ý tham gia nghiên cứu được chia làm 2 nhóm: nhóm bệnh và nhóm chứng.

-Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+ Nhóm bệnh: thai phụ có tuổi thai từ 24 – 28 tuần thực hiện NPDNĐ 75g được chẩn đoán ĐTĐTK theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ 2018.

+ Nhóm chứng: thai phụ có tuổi thai từ 24 – 28 tuần thực hiện NPDNĐ 75g được chẩn đoán không có ĐTĐTK.

+ Cả 2 nhóm thai phụ đều phải thỏa các tiêu chuẩn sau: nhớ rõ ngày kinh cuối hoặc có kết quả siêu âm trong 3 tháng đầu để xác định chính xác tuổi thai, đơn thai, đồng ý tham gia nghiên cứu.

-Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Không có khả năng thực hiện nghiệm pháp dung nạp glucose hoặc không thể lấy đủ 3 mẫu máu xét nghiệm hoặc từ chối trả lời phỏng vấn

+ Thụ thai do kích thích rụng trứng hoặc thụ tinh trong ống nghiệm

+ Đã được chẩn đoán đái tháo đường trước mang thai

+ Đã được chẩn đoán đái tháo đường từ nơi khác chuyển đến

+ Đã được chẩn đoán là đang mắc các bệnh có khả năng ảnh hưởng đến chuyển hoá glucose: cường giáp, suy giáp, Cushing, hội chứng buồng trứng đa nang, bệnh lý gan, suy thận...

+ Đang mắc các bệnh lý ác tính, bệnh lý nội khoa nặng, bệnh tim mạch, bệnh tâm thần.

+ Đang sử dụng các thuốc có ảnh hưởng đến chuyển hoá glucose: corticoide, salbutamol, thuốc chẹn giao cảm, lợi tiểu nhóm thiazide, thuốc chống loạn thần, acetaminophen, phenytoin, acid nicotinic...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu bệnh chứng
 - **Cỡ mẫu:** tính theo công thức số sánh hai trung bình $n = 2C / (ES)^2$. Theo nghiên cứu của Tanin Mohammadi và cộng sự (2017) [10], cỡ mẫu tính được cho mỗi nhóm là $n > 33$

- **Phương pháp chọn mẫu:**

+ Nhóm bệnh: chọn mẫu toàn bộ, chọn thai phụ được chẩn đoán ĐTĐTK cho đến khi đủ số lượng mẫu

+ Nhóm chứng: chọn mẫu kế tiếp, chọn thai phụ được chẩn đoán là không có ĐTĐTK, số lượng thai phụ được chọn phụ thuộc vào số lượng thai phụ ĐTĐTK với tỷ lệ 1:1.

+ Những thai phụ được chọn vào nhóm bệnh và nhóm chứng sẽ được giải thích rõ mục đích làm nghiên cứu, lấy máu xét nghiệm adiponectin, leptin. Thai phụ sẽ không chi trả thêm bất kỳ chi phí nào. Máu tĩnh mạch sau khi rút sẽ được quay ly tâm 4000 – 6000 vòng/phút trong 15 phút.

Bảng 2. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Không ĐTĐTK (n=55)	ĐTĐTK (n=51)	p
Tuổi mẹ	29,8±5,78	31,63±5,40	0,096
Tuổi thai	25,76±1,07	25,63±1,20	0,538
Cân nặng trước mang thai	54,31±6,10	54,84±6,67	0,668
BMI	21,25±2,67	21,69±2,64	0,393
Số lần mang thai	1,75±0,64	1,76±0,62	0,876

Nhận xét. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm bệnh và nhóm chứng về cân nặng trước mang thai, BMI, tăng cân trong thai kỳ và số lần mang thai.

Bảng 3. Nồng độ glucose huyết của mẫu nghiên cứu

Đường huyết	Không ĐTĐTK (n=55)	ĐTĐTK (n=51)	p
Lúc đói	4,41±0,34	4,88±0,78	0,000
1 giờ	7,68±1,01	10,05±1,33	0,000
2 giờ	6,81±0,88	9,14±1,36	0,000

Nhận xét. Nhóm bệnh có nồng độ glucose huyết ở 3 thời điểm: lúc đói, 1 giờ, 2 giờ trong NPDNĐ 75g cao hơn so với nhóm chứng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, $p < 0,01$.

Bảng 4. Nồng độ adiponectin và leptin của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Không ĐTĐTK (n=55)	ĐTĐTK (n=51)	p
Adiponectin (µg/ml)	5,52±2,76	3,46±1,07	0,000
Leptin (ng/ml)	7,52±4,52	8,69±6,80	0,281

Nhận xét. Nhóm bệnh có nồng độ adiponectin thấp hơn so với nhóm chứng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, $p < 0,01$. Riêng đối với nồng độ leptin, nhóm bệnh có nồng độ cao hơn so với nhóm chứng nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

Bảng 5. Nồng độ adiponectin theo nhóm tuổi

Tuổi	Không ĐTĐTK (n=55)	ĐTĐTK (n=51)	p
≤ 25	4,34±2,01	3,65±1,37	0,527
26 - 35	5,94±2,95	3,40±1,07	0,000
> 35	5,46±2,69	3,56±1,08	0,026

Sau đó huyết thanh được tách ra và gửi mẫu xét nghiệm đến khoa Xét nghiệm, Trung tâm Chẩn đoán Y khoa Medic. Định lượng adiponectin bằng phương pháp miễn dịch liên kết men (ELISA) theo test kit của DRG (Đức) và thực hiện trên máy ELISA tự động EVOLIS (Mỹ).

-**Biến số chính trong nghiên cứu:** nồng độ adiponectin, ĐTĐTK, một số yếu tố nguy cơ của ĐTĐTK như tuổi mẹ, BMI trước mang thai, tăng cân trong thai kỳ, tiền sử gia đình và các tiền sử sản khoa...

Theo Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ 2018, chẩn đoán ĐTĐTK khi có ít nhất 1 trong 3 kết quả bằng hoặc lớn hơn giá trị ngưỡng như sau [2]:

Bảng 1. Ngưỡng giá trị chẩn đoán ĐTĐTK khi thực hiện NPDNĐ 75g – 2 giờ

Đường huyết	Ngưỡng chẩn đoán	
	mg/dl	mmol/l
Lúc đói	92	5,1
1 giờ	180	10,0
2 giờ	153	8,5

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 51 ca (nhóm bệnh) và 55 ca (nhóm chứng) thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

Nhận xét. Trong nhóm tuổi thai phụ ≤ 25 sự khác biệt adiponectin của hai nhóm bệnh và chứng không có ý nghĩa thống kê, đối với nhóm > 25 nồng độ adiponectin có xu hướng giảm ở nhóm ĐĐTĐTK, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

Bảng 6. Nồng độ adiponectin theo BMI

Chỉ số khối	Không ĐĐTĐTK (n=55)	ĐĐTĐTK (n=51)	p
< 25	5,58 \pm 2,75	3,49 \pm 1,08	0,000
≥ 25	5,09 \pm 3,09	3,13 \pm 0,98	0,98

Nhận xét. Ở nhóm thai phụ có BMI < 25 nồng độ adiponectin có xu hướng giảm ở nhóm ĐĐTĐTK, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$, đối với nhóm ≥ 25 sự khác biệt adiponectin của hai nhóm bệnh và nhóm chứng không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Bảng 7. Nồng độ adiponectin trong các nghiên cứu khác nhau

Nghiên cứu	Thời gian	Không ĐĐTĐTK	ĐĐTĐTK	p
Hedderson	2013	10,6 \pm 4,4	7,7 \pm 3,5	0,000
Saini V	2015	13,03 \pm 5,53	5,43 \pm 2,28	0,000
Mohammadi T	2017	7,9 \pm 3,5	5,1 \pm 2,2	0,001
Nguyễn Thị Thanh Hương	2015	6,8 \pm 2,0	4,0 \pm 1,2	0,001
Chúng tôi	2021	5,52 \pm 2,76	3,46 \pm 1,07	0,000

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng nồng độ adiponectin huyết thanh của nhóm thai phụ ĐĐTĐTK thấp hơn so với nhóm thai phụ không có ĐĐTĐTK, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Saini và cộng sự cho thấy nồng độ adiponectin thấp hơn ở thai phụ ĐĐTĐTK và tìm thấy mối tương quan nghịch giữa mức adiponectin và đường huyết lúc đói. Các tác giả khác cũng cho kết quả tương tự là mức adiponectin của nhóm bệnh thấp hơn đáng kể so với nhóm chứng[7][10]. Một tổng quan hệ thống và phân tích gộp đã chứng minh mức độ adiponectin giảm đáng kể ở nhóm ĐĐTĐTK so với nhóm không ĐĐTĐTK. Adiponectin là một polypeptide cytokine được tiết ra bởi mô mỡ và nó dường như có vai trò quan trọng trong chuyển hóa toàn bộ cơ thể và cũng có đặc tính bảo vệ tim mạch. Mặc dù cơ chế mà adiponectin có thể có tác động tích cực đến các mô chưa rõ ràng nhưng có vẻ như khi adiponectin liên kết với các thụ thể và khi các protein kinase được kích hoạt dẫn đến tăng cường quá trình oxy hóa axit béo và cũng ngăn ngừa sự tân tạo glucose. Có ý kiến cho rằng adiponectin ảnh hưởng đến quá trình chuyển hóa carbohydrate và chất béo, nồng độ của adiponectin ở tuổi thai 24–28 tuần bị ảnh hưởng bởi ĐĐTĐTK do có liên quan đến những thay đổi nội tiết tố trong thai kỳ. Việc giảm nồng độ của adiponectin trong thai kỳ được cho là làm tăng đề kháng insulin trong cơ xương, dẫn đến giảm hấp thu glucose, rối loạn chức năng tế bào β tuyến tụy, tăng đường huyết và phát triển ĐĐTĐTK. Giả thuyết cho rằng nồng độ thấp của adipokine có thể làm trầm trọng thêm tình trạng kháng insulin đặc trưng của ĐĐTĐTK,

việc tăng insulin máu trong ĐĐTĐTK có thể làm giảm thêm nồng độ adipokine trong huyết tương và việc cải thiện nồng độ adiponectin ở phụ nữ mang thai có thể giúp cải thiện độ nhạy insulin và kết cục chu sinh. Bên cạnh đó, gen mã hóa adiponectin nằm ở nhiễm sắc thể 3q27 có liên quan đến sự phát triển của bệnh đái tháo đường và ĐĐTĐTK có liên quan với tình trạng giảm adiponectin máu cùng với sự thiếu hụt oligomer trọng lượng phân tử cao. Nghiên cứu của Carpenter MW ghi nhận thai phụ có nồng độ adiponectin thấp có nguy cơ ĐĐTĐTK tăng gấp 5–6 lần so với thai phụ có nồng độ adiponectin cao [3].

Nghiên cứu gần đây chứng minh sự giảm đáng kể biểu hiện gen adiponectin ở những phụ nữ mang bệnh lý so với những phụ nữ khỏe mạnh, bất kể BMI của họ là bao nhiêu. Nghiên cứu của chúng tôi cũng đánh giá ảnh hưởng của nồng độ adiponectin và BMI trước khi mang thai và nhận thấy rằng nguy cơ ĐĐTĐTK là một yếu tố độc lập của BMI. Nghiên cứu của Hedderson và cộng sự cho thấy nguy cơ ĐĐTĐTK tăng lên ở những thai phụ có BMI < 25 và có nồng độ adiponectin thấp [7]. Williams và cộng sự cho thấy rằng giảm nồng độ adiponectin trên mỗi $\mu\text{g/mL}$ ở thai phụ sẽ làm tăng nguy cơ ĐĐTĐTK khoảng 20% và sự giảm nồng độ adiponectin của người mẹ là một chỉ số cho thấy nguy cơ ĐĐTĐTK tăng gấp 4,6 lần.

Hầu hết các nghiên cứu cho thấy nồng độ leptin tăng lên trong ĐĐTĐTK[4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ leptin của nhóm thai phụ ĐĐTĐTK là 8,69 \pm 6,80 ng/ml, của nhóm thai phụ không có ĐĐTĐTK là 7,52 \pm 4,52ng/ml. Nồng độ leptin có xu hướng tăng hơn ở nhóm ĐĐTĐTK

so với nhóm thai phụ bình thường, tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,28$). Leptin là một hormone có nguồn gốc từ nhau thai. Leptin làm tăng độ nhạy insulin bằng cách ảnh hưởng đến bài tiết insulin, sử dụng glucose, tổng hợp glycogen và chuyển hóa chất béo, điều hòa gonadotropin phóng thích bài tiết hormone từ vùng dưới đồi và kích hoạt hệ thần kinh giao cảm. Ngoài ra, leptin còn có vai trò trong quá trình làm tổ của thai. Hơn nữa, leptin còn thúc đẩy sản xuất gonadotropin màng đệm trong nguyên bào nuôi, điều hòa sự phát triển nhau thai, tăng cường phân bào và kích thích hấp thu acid amin [6]. Leptin và mRNA thụ thể leptin đã được xác định trong mô nhau thai của người. Về mặt chức năng, sự tăng leptin ở mẹ trong 3 tháng giữa và 3 tháng cuối thai kỳ không liên quan đến việc giảm lượng thức ăn hay tăng hoạt động trao đổi chất [5].

V. KẾT LUẬN

1. Liên quan giữa giữa nồng độ adiponectin, leptin huyết thanh với bệnh đái tháo đường thai kỳ:
- Nồng độ adiponectin thấp có liên quan đến nguy cơ mắc ĐTĐTK.
- Không tìm thấy mối liên quan giữa nồng độ leptin huyết thanh với ĐTĐTK

2. Các yếu tố liên quan đến sự giảm adiponectin là tuổi mẹ > 25, BMI < 25, tăng cân trong thai kỳ, số lần mang thai và tiền sử sẩy thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2019)**, "Đại cương về bệnh đái tháo đường và đái tháo đường thai kỳ", Tài liệu đào tạo liên tục dự phòng và kiểm soát đái tháo đường thai kỳ, NXB Hà Nội, tr.5-16.
- ADA (2019)**, "Standards of medical care in diabetes", Diabetes Care, 39(1), pp. 36 - 94.
- Carpenter MW (2007)**. Gestational diabetes, pregnancy hypertension, and late vascular disease. Diabetes Care;30 Suppl 2:S246-50.
- Chen D, Xia G, Xu P, Dong M (2010)**. Peripartum serum leptin and soluble leptin receptor levels in women with gestational diabetes. Acta Obstet Gynecol Scand;89(12):1595-9
- Denver RJ, Bonett RM, Boorse GC (2011)**. "Evolution of leptin structure and function". Neuroendocrinology; 94 (1): 21-38
- {L32} Hauguel-De Mouzon, S., Lepercq, J. & Catalano, P. (2006)**. "The known and unknown of leptin in pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 194, 1537-1545.
- Hedderson MM, Darbinian J, Havel PJ (2013)**. Low prepregnancy adiponectin concentrations are associated with a marked increase in risk for development of gestational diabetes mellitus. Diabetes Care;36:3930-7.
- Lee K, Chin S, Ramachandran V (2018)**. "Prevalence and risk factors of gestational diabetes mellitus in Asia: a systematic review and meta-analysis", BMC Pregnancy and Childbirth, 18
- Mallardo M, Ferraro S (2021)**. "GDM – complicated pregnancies: focus on adipokines", Molecular Biology reports, 48, pp. 8171 – 8180
- Mohammadi T, Paknahad Z (2017)**. "Adiponectin concentration in gestational diabetes women: a case – control study", Clin Nutr Res, 6(4), pp. 267 - 276

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ HÓA TRỊ BỔ TRỢ DOCETAXEL VÀ CYCLOPHOSPHAMID TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN I, II

Trần Thị Hòa Bình¹, Lê Thanh Đức¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả hóa trị bổ trợ phác đồ Docetaxel và Cyclophosphamid (TC) sau phẫu thuật ung thư vú giai đoạn I - II và tác dụng không mong muốn của phác đồ ở nhóm bệnh nhân trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu (NC) mô tả hồi cứu có theo dõi dọc trên 62 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú giai đoạn I, II được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú hoặc phẫu thuật bảo tồn

sau đó điều trị bổ trợ phác đồ hóa chất Docetaxel và Cyclophosphamid tại bệnh viện K từ T9/2015 đến T12/2020. **Kết quả:** Đặc điểm nhóm nghiên cứu: Tuổi trung bình của bệnh nhân là $50 \pm 9,3$ tuổi. Bệnh nhân mắc ít nhất một bệnh kèm theo chiếm 61,3%, trong đó 56,4% bệnh nhân có tiền sử bệnh tim mạch. Bệnh nhân có thể mô bệnh học là ung thư biểu mô thể ống xâm nhập tấp không đặc biệt (NST) chiếm tỷ lệ cao nhất 87,1%, 54,8% bệnh nhân có độ mô học 2. Về độc tính: Độc tính hạ bạch cầu và hạ bạch cầu hạt thường gặp nhất chiếm 23% và 29%, độc tính trên gan thấp (14,5%), chưa ghi nhận thấy độc tính trên tim mạch. Rung tóc là tác dụng phụ hay gặp nhất chiếm tỉ lệ 100%, chán ăn khá thường gặp chiếm 56,5%. Phù ngoại vi xảy ra ở 14,5%. Thời gian sống thêm không bệnh sau 5 năm là 90,0%, tỉ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm là 93,2%. **Kết luận:** Hóa trị bổ trợ phác đồ Docetaxel và Cyclophosphamid trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I, II có tỉ lệ kiểm soát bệnh

¹Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hòa Bình

Email: tranhoabinhch28@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.7.2022

Ngày duyệt bài: 2.8.2022