

- guideline for reporting systematic reviews", International journal of surgery. 88, p. 105906.
4. **Lê, N. L. , & Lê, N. T. .** (2023). "Nghiên cứu kích thước độ rộng của răng và sự sai biệt kích thước răng hàm theo phân tích Bolton trên sinh viên răng hàm mặt Trường Đại học Y dược Cần Thơ". Tạp Chí Y học Việt Nam, 524(2).
 5. **Huỳnh Kim Khang** (2011), "Đặc điểm kích thước răng sữa và răng vĩnh viễn trẻ em Việt Nam", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 15(1), tr.265-271.
 6. **Mishra RK, Kafle D, Gupta R.** (2019), "Analysis of Interarch Tooth Size Relationship in Nepalese Subjects with Normal Occlusion and Malocclusions", Int J Dent, pp. 18:2761427.
 7. **Ashikin A. N., Othman, S. A.** (2012), "Comparison of tooth-size discrepancy of three main ethnics in Malaysia with Bolton's ratio", Sains Malaysiana, 41(2), pp.271-275.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN MẬT ĐỘ XƯƠNG CỦA BỆNH NHÂN VIÊM CẦU THẬN LUPUS TẠI TRUNG TÂM DỊ ỨNG MIỄN DỊCH LÂM SÀNG - BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Thị Hà Trang¹, Nguyễn Văn Đoàn¹, Nguyễn Văn Ngân¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Lupus ban đỏ hệ thống (SLE) là một bệnh tự miễn mạn tính có thể gây tổn thương nhiều cơ quan. Viêm thận lupus là biến chứng thường gặp nhất của bệnh lupus ban đỏ hệ thống với tỷ lệ mắc khoảng 40-60%.¹ Bệnh đặc trưng bởi sự lắng đọng phức hợp miễn dịch ở thận dẫn đến nhiều biểu hiện lâm sàng khác nhau. Điều trị viêm thận lupus chủ yếu sử dụng phác đồ corticoid phối hợp các thuốc ức chế miễn dịch khác. Việc sử dụng corticoid kéo dài để kiểm soát bệnh có thể dẫn đến nhiều tác dụng phụ, đặc biệt là loãng xương do thuốc gây ảnh hưởng lớn tới chất lượng cuộc sống và tiên lượng xấu cho bệnh. Tuy nhiên, vai trò của corticoid đối tình trạng mật độ xương trong viêm thận lupus vẫn chưa rõ ràng vì một số nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan nào giữa việc giảm mật độ xương và liều pháp corticoid.² **Mục tiêu:** Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến mật độ xương của bệnh nhân viêm thận lupus. **Đối tượng và Phương pháp:** Mô tả cắt ngang 112 bệnh nhân viêm thận lupus tại Trung tâm Dị ứng - Miễn dịch lâm sàng - Bệnh viện Bạch Mai từ 10/2022 đến 10/2023. **Kết quả:** Mật độ xương trung bình CSTL là: $0,881 \pm 0,122$ g/cm². Mật độ xương trung bình CXĐ là: $0,853 \pm 0,131$ g/cm². Tỷ lệ loãng xương ở bệnh nhân viêm thận lupus chiếm 22,3%. Tỷ lệ giảm mật độ xương chiếm 46,4%. Tương quan tuyến tính thuận mức độ yếu giữa protein niệu 24h và BMD CSTL ($r = 0,2$; $p < 0,05$), giữa mức lọc cầu thận và BMD CSTL ($r = 0,305$; $p < 0,01$). Tương quan tuyến tính nghịch mức độ yếu giữa thời gian sử dụng corticoid và BMD CXĐ ($r = -0,313$; $p < 0,01$). Tương quan tuyến tính nghịch mức độ yếu giữa liều corticoid hiện tại dùng hằng ngày và BMD CSTL ($r = -0,328$; $p < 0,001$). **Kết luận:** Mật độ xương ở bệnh nhân viêm thận lupus có mối liên quan với nhiều yếu tố: chỉ số khối cơ thể (BMI),

mức lọc cầu thận, liều dùng corticoid hằng ngày và thời gian dùng corticoid. **Từ khóa:** Lupus ban đỏ hệ thống, Viêm thận lupus, mật độ xương, cổ xương đùi (CXĐ); cột sống thắt lưng (CSTL).

SUMMARY

FACTORS INFLUENCING BONE DENSITIES IN PATIENTS WITH LUPUS NEPHRITIS AT THE CENTER OF ALLERGOLOGY AND CLINICAL IMMUNOLOGY, BACH MAI HOSPITAL

Background: Systemic Lupus Erythematosus (SLE) is a chronic autoimmune disease that may compromise multiple organs. Lupus nephritis (LN) is a common complication of systemic lupus erythematosus (SLE) with an incidence of approximately 40-60%.¹ It is characterized by immune complex deposition in the kidneys, resulting in various clinical manifestations. Treatment of LN usually involves glucocorticoids and other immunosuppressive drugs. Glucocorticoid use has been extensively associated with reduced bone mineral density (BMD). Nevertheless, the contribution of corticosteroid therapy to bone loss in LN remains unclear as several studies found no association between reduced BMD and corticosteroid therapy.² **Objectives:** To assess factors influencing bone mineral density in patients with lupus nephritis. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study was carried 112 patients with lupus nephritis at the Center of Allergology and Clinical Immunology, Bach Mai hospital from october, 2022 to october, 2023. **Results:** The average value of bone density at the femoral neck is $0,881 \pm 0,122$ g/cm²; in the pelvis areas $0,853 \pm 0,131$ g/cm². The percentage of patients with osteopenia accounted for 46,4%, osteoporosis accounted for 22,3%. BMD correlated weakly with body mass index in the lumbar spine ($r = 0,241$; $p < 0,05$) and in the femoral neck ($r = 0,322$; $p < 0,01$), estimated glomerular filtration rate in the lumbar spine ($r = 0,305$; $p < 0,01$), total corticosteroid duration in the femoral neck ($r = -0,313$; $p < 0,01$), current corticosteroid dose in the lumbar spine ($r = -0,328$; $p < 0,001$). **Conclusion:** BMD in patients with LN is associated with some

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hà Trang

Email: drhatrang72@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 26.12.2023

factors such as: body mass index, estimated glomerular filtration rate, current corticosteroid dose and total corticosteroid duration.

Keywords: Systemic lupus erythematosus (SLE), lupus nephritis (LN), bone mineral density (BMD), lumbar spine, femoral neck.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống (SLE) là một bệnh tự miễn mạn tính có thể gây tổn thương nhiều cơ quan. Tổn thương thận trong bệnh lupus ban đỏ hệ thống, còn gọi là viêm thận lupus (LN), là một trong những biểu hiện thường gặp nhất với tỷ lệ mắc khoảng 40-60%. Thông thường, tổn thương thận là biểu hiện ban đầu của SLE hoặc xảy ra trong 5-10 năm đầu sau khi chẩn đoán SLE.¹ Viêm thận lupus do cơ chế phức hợp miễn dịch lưu hành trong tuần hoàn tới lắng đọng ở cầu thận và đặc trưng bởi protein niệu và sự hiện diện của hồng cầu hoặc trụ hạt trong nước tiểu. Điều trị viêm thận lupus chủ yếu sử dụng phác đồ corticoid phối hợp các thuốc ức chế miễn dịch khác. Việc sử dụng corticoid kéo dài để kiểm soát bệnh có thể dẫn đến nhiều tác dụng phụ, đặc biệt là loãng xương do thuốc gây ảnh hưởng lớn tới chất lượng cuộc sống và tiên lượng xấu cho bệnh. Tuy nhiên, sự đóng góp của corticoid vào tình trạng mật xương vẫn chưa rõ ràng vì một số nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan nào giữa việc giảm mật độ xương và liệu pháp corticoid.² Các nghiên cứu trước đây tập trung vào mật xương ở bệnh nhân SLE nói chung mà ít đề cập đến bệnh nhân LN riêng biệt. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến mật độ xương của bệnh nhân viêm cầu thận lupus.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và thời gian nghiên cứu.

Mô tả cắt ngang 112 bệnh nhân viêm thận lupus tại Trung tâm Dị ứng - Miễn dịch lâm sàng - Bệnh viện Bạch Mai từ 10/2022 đến 10/2023.

2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Các bệnh nhân (từ 18 tuổi trở lên) được chẩn đoán Lupus ban đỏ hệ thống theo SLICC 2012 và có tổn thương thận hoặc có kết quả sinh thiết thận chẩn đoán Viêm thận lupus kèm theo có kháng thể ANA hoặc ds-DNA.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đang mắc các bệnh lý cơ xương khớp khác:

+ Suy gan mạn tính, bệnh lý tiêu hóa mạn tính gây giảm hấp thu

+ Cường giáp, cường cận giáp nguyên phát
+ Cắt bỏ buồng trứng, buồng trứng đã nang, suy buồng trứng

+ Bệnh lý ác tính

- Bệnh nhân đang mang thai

- Bệnh nhân đã chẩn đoán loãng xương trước khi mắc SLE

2.4. Phương pháp nghiên cứu

- Mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

- Bệnh nhân được đánh giá mật độ xương bằng phương pháp DEXA: Chẩn đoán loãng xương theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2001:

+ Xương bình thường: T score từ -1SD trở lên

+ Thiếu xương (Osteopenia): T score dưới -1SD đến trên -2,5SD

+ Loãng xương (Osteoporosis): T score từ -2,5SD trở xuống

2.5. Xử lý số liệu

- Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

- Hệ số tương quan "r": r < ±0,2 đến ±0,4: tương quan yếu; r = ±0,4 đến ±0,6: tương quan trung bình, r ≥ ±0,7: tương quan chặt chẽ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu (n=112)

Đặc điểm	X ± SD
Tuổi (năm)	35,95 ± 13,76
Giới	Nữ/Nam: 91,1%/8,9%
BMI (kg/m ²)	19,45 ± 2,46
Thời gian mắc bệnh (tháng)	39,86 ± 48,29

Nhận xét: Tuổi, BMI và thời gian mắc bệnh trung bình nhóm nghiên cứu: 35,95 (năm) và 19,45(kg/m²), 39,86 (tháng), tỉ lệ nữ cao gấp hơn 10 lần so với nam.

3.2. Mật độ xương ở bệnh nhân viêm cầu thận lupus

3.2.1. Đặc điểm mật độ xương tại cột sống thắt lưng

Bảng 2. Mật độ xương tại cột sống thắt lưng (n = 112)

Region (vị trí)	BMD (g/cm ²) (X ± SD)	T- score (X ± SD)	Z- score (X ± SD)
L1	0,801±0,120	-1,508±1,078	-0,929±1,060
L2	0,868±0,128	-1,321±1,118	-0,589±1,083
L3	0,906±0,133	-1,417±1,187	-0,633±1,155
L4	0,924±0,124	-1,151±1,136	-0,448±1,144
Tổng	0,881±0,122	-1,366±1,093	-0,660±1,090

Nhận xét: Tại CSTL, mật độ xương trung bình ở đối tượng nghiên cứu là: $0,881 \pm 0,122$ g/cm². T-score trung bình: $-1,366 \pm 1,093$. Zscore trung bình: $0,660 \pm 1,090$.

3.2.2. Mật độ xương tại cổ xương đùi

Bảng 3. Mật độ xương tại cổ xương đùi (n=112)

Region (vị trí)	BMD (g/cm ²) (X ± SD)	T- score (X ± SD)	Z- score (X ± SD)
Neck (CXĐ)	0,725± 0,136	-1,106± 1,145	-0,360± 1,253
Troch (MCL)	0,6624± 0,109	- 0,563 ± 0,925	- 0,082± 0,967
Inter	0,986± 0,157	- 0,618 ± 1,049	- 0,014± 1,138
Tổng	0,853± 0,131	- 0,705± 1,055	- 0,012± 1,167
Ward's	0,682± 0,158	-0,545± 1,272	0,356± 1,342

Nhận xét: Tại CXĐ, mật độ xương trung bình ở đối tượng nghiên cứu là: $0,853 \pm 0,131$ g/cm². T-score trung bình: $- 0,705 \pm 1,055$. Zscore trung bình: $- 0,012 \pm 1,167$.

3.2.3. Tỷ lệ loãng xương

Bảng 4. Phân loại mật độ xương (n=112)

Đặc điểm mật độ xương	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Loãng xương	25	22,3
Giảm mật độ xương	35	46,4
Mật độ xương bình thường	52	31,3

Nhận xét: Tỷ lệ loãng xương và giảm mật độ xương chiếm 46,4%.

3.3. Môi liên quan giữa mật độ xương và một số chỉ tiêu lâm sàng, cận lâm sàng

3.3.1. Liên quan BMD và tuổi, giới

Bảng 5. Liên quan BMD và tuổi, giới (n=112)

Các chỉ tiêu	BMD CSTL	BMD CXĐ	
Giới	Nam	0,908 ± 0,153	0,921 ± 0,180
	Nữ	0,878 ± 0,119	0,846 ± 0,124
	p	> 0,05	> 0,05
Tuổi	Hệ số tương quan r	- 0,033	- 0,027
	Giá trị p	> 0,05	> 0,05

Nhận xét: Sự khác biệt chỉ số BMD giữa 2 giới không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$. Có mối tương quan tuyến tính nghịch mức độ yếu giữa tuổi với BMD CSTL ($r = -0,033$) và CXĐ ($r = -0,027$) nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.3.2. Tương quan BMD và BMI

Bảng 6. Liên quan BMD và BMI (n = 112)

BMI (kg/m ²)	BMD cổ xương đùi	BMD CSTL
r	0,322	0,241
p	< 0,01	< 0,05

Nhận xét: Có mối tương quan tuyến tính thuận mức độ yếu giữa BMI với BMD CSTL ($r = 0,241$; $p < 0,05$) và BMD CXĐ ($r = 0,322$; $p < 0,01$).

3.3.3. Liên quan BMI và mức lọc cầu thận

Bảng 7. Liên quan BMI và mức lọc cầu thận (n = 112)

Xét nghiệm	Tương quan	BMD cổ xương đùi	BMD CSTL
Mức lọc cầu thận	r	0,163	0,305
	p	> 0,05	< 0,01

Nhận xét: Tương quan tuyến tính thuận mức độ yếu giữa mức lọc cầu thận và BMD CSTL ($r = 0,305$; $p < 0,01$).

3.4. Liên quan BMD và điều trị corticoid

Bảng 8. Liên quan BMD và điều trị corticoid (n = 112)

Tương quan	BMD cổ xương đùi		BMD CSTL	
	r	p	r	p
Liều corticoid hiện tại dùng hằng ngày (prednisolon mg/ngày)	-0,076	>0,05	-0,328	<0,001
Thời gian dùng corticoid	-0,313	<0,01	-0,160	>0,05

Nhận xét: Có mối tương quan tuyến tính nghịch mức độ yếu giữa thời gian sử dụng corticoid và BMD CXĐ ($r = - 0,313$; $p < 0,01$). Tương quan tuyến tính nghịch mức độ yếu giữa liều corticoid hiện tại dùng hằng ngày và BMD CSTL ($r = - 0,328$; $p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $35,95 \pm 13,76$ cao hơn nghiên cứu của Trầm Việt Hoà và cộng sự: $28,13 \pm 9,21$.³ Tỷ lệ nữ giới cao gấp hơn 10 lần so với nữ phù hợp với nhiều nghiên cứu và đặc điểm của bệnh. Thời gian mắc bệnh trung bình là: $39,86 \pm 48,29$ tháng. Chỉ số khối trung bình là $19,45 \pm 2,46$. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Jung JY và cộng sự⁴ vì tác giả nghiên cứu trên tất cả bệnh nhân SLE.

4.2. BMD ở bệnh nhân viêm thận lupus.

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện đo mật độ xương bằng phương pháp DXA tại CSTL và CXĐ cho 112 đối tượng là những bệnh nhân mắc bệnh viêm thận lupus, kết quả cho thấy: mật độ xương tại CSTL $0,881 \pm 0,122$ g/cm² và tại CXĐ $0,853 \pm 0,131$ g/cm². Như vậy, mật độ xương

trung bình ở 2 vị trí CSTL và CXĐ có giá trị tương đương nhau. Kết quả này tương tự kết quả trong nghiên cứu của Trầm Việt Hoà và cộng sự (2021): BMD CSTL là $0,72 \pm 0,15g/cm^2$ và BMD CXĐ $0,82 \pm 0,17g/cm^2$.³ Theo tác giả P. M. Jehle (2003) trong nghiên cứu về vai trò của glucocorticoid với loãng xương cho thấy sự mất xương thường được phát hiện sớm tại vị trí cột sống thắt lưng hơn là tại vị trí cổ xương đùi.⁵ Điều này có thể giải thích bệnh nhân viêm thận lupus ngoài việc dùng corticoid còn nhiều yếu tố khác góp phần làm tăng sự mất xương.

Tỉ lệ loãng xương và giảm mật độ xương (theo tiêu chuẩn phân loại loãng xương của WHO) trên các bệnh nhân nghiên cứu chiếm tỉ lệ cao là 68,7%. So sánh với kết quả nghiên cứu của Trầm Việt Hoà và cộng sự (2021): 46,99% thì tỉ lệ loãng xương và thiếu xương ở đối tượng nghiên cứu của chúng tôi cao hơn do cỡ mẫu của chúng tôi lớn hơn và thời gian bị bệnh dài hơn. Ở bệnh nhân viêm thận lupus, tổn thương thận mạn tính kết hợp với dùng corticoid dài ngày là những yếu tố nguy cơ chính dẫn đến mất xương. Bệnh nhân bị viêm thận lupus có thể có nguy cơ bị loãng xương hoặc gãy xương cao hơn những người không mắc bệnh.

4.3. BMD và một số yếu tố liên quan

4.3.1. Liên quan BMD và tuổi, giới. BMD ở nam cao hơn so với nữ nhưng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ vì số lượng nam giới quá ít so với nữ giới. Có mối tương quan nghịch biến yếu giữa điểm BMD và tuổi, nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này khác với nghiên cứu Almedhed K và cộng sự (2007): BMD tương quan nghịch với tuổi có ý nghĩa thống kê.⁶ Cho đến nay đã có rất nhiều nghiên cứu trên thế giới chứng minh rằng tuổi càng cao thì mật độ xương càng giảm ở cả nam giới và nữ giới. Ở người già chức năng của tạo cốt bào bị suy giảm làm mất cân bằng giữa tạo xương và hủy xương, dẫn đến giảm khối lượng xương, tăng tổn thương vi cấu trúc của xương, xương bị loãng, giảm tính chịu lực dẫn đến dễ gãy xương. Ở người bình thường, khi qua giai đoạn đạt mật độ xương đỉnh quá trình hủy xương sẽ dần có xu hướng tăng lên so với tạo xương và gây mất xương. Quá trình này ngày càng tăng dần theo độ tuổi tăng. Nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là trẻ tuổi nên không theo quy luật này.

4.3.2. Liên quan giữa BMD và BMI.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, BMI trung bình là $19,45 \pm 2,46$. Có mối tương quan tuyến tính thuận mức độ yếu giữa BMI với BMD CSTL ($r =$

$0,241$; $p < 0,05$) và BMD CXĐ ($r = 0,322$; $p < 0,01$). Kết quả này tương tự nghiên cứu Gilboe IM và cộng sự (2000) với hệ số tương quan lần lượt $r = 0,32$ ở CSTL và $r = 0,29$ ở cổ xương đùi.⁷ Theo De Laet C và cộng sự cho thấy BMI ≥ 25 là yếu tố bảo vệ đối với MĐX, trong khi ở những người gầy với BMI $< 18,5$ là yếu tố nguy cơ tăng loãng xương, người có BMI < 20 bất kể tuổi, giới có liên quan tới mất xương nhiều và tăng nguy cơ gãy xương gấp 1-2 lần so với người có BMI ≥ 25 .⁸

4.3.3. Liên quan BMI và mức lọc cầu thận. Trong nghiên cứu chúng tôi tính mức lọc cầu thận theo công thức Cockcroft-Gaut. Chúng tôi phân tích thấy có mối tương quan thuận giữa mức lọc cầu thận và BMD CSTL ($r = 0,305$; $p < 0,01$). Một số nghiên cứu đánh giá mối liên quan giữa chức năng thận và BMD nhưng còn mâu thuẫn nhau và mối liên quan giữa chức năng thận và nguy cơ loãng xương ở đã được chứng minh trong nghiên cứu của Neemat-Allah và cộng sự 2007. Trong nghiên cứu của Shuang Li và cộng sự (2019) mối quan hệ giữa chức năng thận với BMD và nguy cơ loãng xương ở 776 phụ nữ Trung Quốc sau mãn kinh cho thấy chức năng thận suy giảm có liên quan đến BMD cổ xương đùi và CSTL Tuy nhiên, sau khi hiệu chỉnh theo độ tuổi, thời gian mãn kinh và BMI, sự suy giảm chức năng thận không liên quan đến việc tăng nguy cơ loãng xương so với chức năng thận bình thường.⁹

4.3.4. Liên quan BMD và điều trị corticoid. Nhiều nghiên cứu cho thấy mối liên quan chặt chẽ giữa liều dùng corticoid với mật độ xương, liều corticoid dùng càng tăng thì mật độ xương càng giảm và loãng xương càng tăng. Theo P. M. Jehle và cộng sự (2003) loãng xương có thể xảy ra và có thể gây biến chứng gãy xương với liều GC rất thấp, ngay cả dưới 5mg prednisolon/ngày, nguy cơ càng tăng khi liều dùng càng tăng.⁵

Trong nghiên cứu của chúng tôi có mối tương quan tuyến tính nghịch mức độ yếu giữa liều corticoid hiện tại dùng hằng ngày và BMD CSTL ($r = -0,328$; $p < 0,001$). Điều này hoàn toàn phù hợp và cũng giống như nghiên cứu Inge-Margrethe Gilboe và cộng sự (2000): $r = -0,27$; $p < 0,05$.⁷ Thời gian dùng corticoid có liên quan chặt chẽ với mật độ xương và loãng xương. Theo P M Jehle (2003) ngay cả khi dùng corticoid kéo dài trên 3 tháng với liều thấp đã có nguy cơ gây loãng xương và gãy xương. Nguy cơ loãng xương và gãy xương tiếp diễn theo thời gian dùng thuốc và giảm đi khi dừng lại.⁵ Kết

quả nghiên cứu cho thấy có mối tương quan tuyến tính nghịch mức độ yếu giữa thời gian sử dụng corticoid và BMD CXĐ ($r = -0,313$; $p < 0,01$). Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi thêm một lần nữa khẳng định corticoid có ảnh hưởng đến mật độ xương, thời gian dùng thuốc càng dài nguy cơ loãng xương càng cao.

V. KẾT LUẬN

Mật độ xương ở bệnh nhân viêm thận lupus có mối liên quan với nhiều yếu tố: chỉ số khối cơ thể (BMI), mức lọc cầu thận, liều dùng corticoid hằng ngày và thời gian dùng corticoid. Do vậy, cần đánh giá đầy đủ các nguy cơ ảnh hưởng đến mật độ xương và có chiến lược điều trị kịp thời giúp làm giảm mất xương cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Weinmann-Menke J.** [Lupus nephritis: from diagnosis to treatment]. *Innere Medizin (Heidelberg, Germany)*. 2023;64(3):225-233.
2. **Lee C, Almagor O, Dunlop DD, et al.** Disease damage and low bone mineral density: an analysis of women with systemic lupus erythematosus ever and never receiving corticosteroids. *Rheumatology (Oxford, England)*. 2006;45(1):53-60.
3. **Việt Hoà T, Bùi Quý Quyền Đ, Trung Vinh H.** Khảo sát mật độ xương bằng phương pháp dexamethasone ở bệnh nhân viêm thận lupus. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;510(2).
4. **Jung JY, Choi ST, Park SH, et al.** Prevalence of osteoporosis in patients with systemic lupus erythematosus: A multicenter comparative study of the World Health Organization and fracture risk assessment tool criteria. *Osteoporosis and sarcopenia*. 2020;6(4):173-178.
5. **Jehle PM.** Steroid-induced osteoporosis: how can it be avoided? *Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association*. 2003;18(5):861-864.
6. **Almehed K, Forsblad d'Elia H, Kvist G, Ohlsson C, Carlsten H.** Prevalence and risk factors of osteoporosis in female SLE patients-extended report. *Rheumatology (Oxford, England)*. 2007;46(7):1185-1190.
7. **Gilboe IM, Kvien TK, Haugeberg G, Husby G.** Bone mineral density in systemic lupus erythematosus: comparison with rheumatoid arthritis and healthy controls. *Annals of the rheumatic diseases*. 2000;59(2):110-115.
8. **De Laet C, Kanis JA, Odén A, et al.** Body mass index as a predictor of fracture risk: a meta-analysis. *Osteoporosis international: a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*. 2005;16(11):1330-1338.
9. **Li S, Zhan J, Wang Y, et al.** Association between renal function and bone mineral density in healthy postmenopausal Chinese women. *BMC endocrine disorders*. 2019;19(1):146.

U PHYLLODE TUYẾN VÚ KHỔNG LỒ TRÊN NGƯỜI BỆNH IVF: TỔNG QUAN TÀI LIỆU VÀ BÁO CÁO CA BỆNH

Đỗ Đình Lộc¹

TÓM TẮT

Phân loại mô bệnh học (MBH) u vú năm 2018 của Tổ chức thế giới (WHO), trong nhóm u xơ biểu mô và u mô thừa (Fibroepithelial Tumor and Hamartomas) có U Phylloides (u có nguồn gốc từ tế bào xơ biểu mô). Đây là loại u vú không phổ biến, chiếm <1% tổng số các khối u vú. Chúng được phân chia thành 3 loại: lành tính, giáp biên và ác tính¹; hay gặp ở phụ nữ trong độ tuổi trung bình từ 42 đến 45. Khoảng 16% đến 30% khối u Phylloides là ác tính. Điều trị phẫu thuật là phương pháp đóng vai trò quan trọng nhất đối với bệnh cảnh u phylloides với các chỉ định từ cắt rộng u đến cắt toàn bộ tuyến vú. Chúng tôi báo cáo ca bệnh u phylloides khổng lồ vỡ loét ở người bệnh nữ 35 tuổi. Khối u được phát hiện ở tuần thứ 27 của thai

kì có thực hiện thụ tinh nhân tạo do hiếm muộn và to lên rất nhanh. Sau 35 tuần, người bệnh được mổ lấy thai và cắt tuyến vú khổng lồ sau đó 1 tuần. Giải phẫu bệnh là u phylloide giáp biên ác tính độ 2.

Từ khóa: u xơ biểu mô, u phylloides, IVF.

SUMMARY

GIANT BREAST PHYLLODE TUMORS IN IVF PATIENTS: BASIC PRINCIPLES AND CASE REPORTS

The World Organization (WHO) 2018 histopathological classification of breast tumors, in the group Fibroepithelial Tumor and Hamartomas there are Phylloides tumors (tumors have original of epithelial fibers cell). This type of breast tumor is uncommon, accounting for <1% of all breast tumors. They can appear in 3 forms: Benign, marginal and malignant; and is usually found in women between the ages of 42 and 45. Approximately 16% to 30% of Phylloides tumors are malignant. In the breast, malignant neoplasms usually grow rapidly but often metastasize late, mainly to the lungs. Surgical treatment is the most important method for phylloides

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đình Lộc

Email: bsyloc83@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.12.2023