

hang gặp ở 11,4%. Nghiên cứu của Caliskan (2014) sử dụng CLVT độ phân giải cao trong lao phổi AFB (-) cũng cho kết quả gần tương tự với tỉ lệ tổn thương dạng nốt chiếm 87%, đông đặc chiếm 28%, hang chiếm 26%, giãn phế quản chiếm 32%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chẩn đoán mô bệnh học thường gặp nhất là tổn thương viêm lao chiếm 68,2%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Vũ Thị Vân Anh (2021)² nghiên cứu trên nhóm đối tượng có mảnh sinh thiết nuôi cấy MGIT (+) có 54,5% số bệnh nhân được chẩn đoán viêm lao điển hình.

Sau 02 tháng điều trị tấn công, các triệu chứng toàn thân, cơ năng của đối tượng nghiên cứu sau 2 tháng điều trị tấn công đã giảm đi đáng kể. Triệu chứng mệt mỏi giảm từ 78,8 % xuống 7,6%. Sốt từ 30,3% xuống 1,5%. Ho kéo dài từ 71,2% xuống 4,5%. Kết quả này phù hợp vì có nhiều nghiên cứu đã chỉ ra hiệu lực của các thuốc chống lao trong hai tháng đầu tấn công đã giúp chuyển đổi nuôi cấy đờm từ dương sang âm, đồng thời các triệu chứng lâm sàng giảm.

Kích thước tổn thương cả ĐK ngang và ĐK trước sau đều có sự khác nhau trước và sau 02 tháng điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này chứng tỏ hiệu quả của các thuốc chống lao hàng 1 sau 02 tháng điều trị tấn công, đã giúp tổn thương của người bệnh thu nhỏ lại trên phim chụp CLVT ngực.

V. KẾT LUẬN

Sau 02 tháng điều trị tấn công, các triệu chứng toàn thân, cơ năng của bệnh nhân điều trị lao dựa trên bằng chứng mô bệnh học đã giảm đi đáng kể. Kích thước tổn thương tính theo đường kính ngang và đường kính trước sau đều có sự khác nhau trước và sau điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Việt Anh.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xét nghiệm GeneXpert trong đờm ở những bệnh nhân nghi lao phổi tại Trung tâm hô hấp Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. Published online 2015.
2. **Vũ Thị Vân Anh.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mô bệnh học ở bệnh nhân lao phổi có tổ chức sinh thiết nuôi cấy trong môi trường lỏng dương tính với Mycobacterium tuberculosis, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. Published online 2021.
3. **Lê Thị Ba.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân nghi lao phổi tại trung tâm hô hấp Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội. Published online 2015.
4. **Vũ Quang Diễn.** Xác định giá trị của tổ hợp các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng để xây dựng tiêu chuẩn chẩn đoán định hướng lao phổi mới AFB âm tính. 2016.
5. **Phạm Ngọc Hào.** Nghiên cứu giá trị của lâm sàng, xquang phổi chuẩn và PCR trong chẩn đoán lao phổi AFB âm tính, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. Published online 2013.
6. **Phan Thị Hạnh.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn chụp cắt lớp vi tính ở bệnh nhân lao phổi, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội. Published online 2013.
7. **Mai Thanh Tú.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả GeneXpert trong dịch rửa phế quản của bệnh nhân nghi lao phổi, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. Published online 2014.
8. **World Health Organization.** Global Tuberculosis Report 2021; 2021.
9. **Zhang X, Andersen AB, Lillebaek T, et al.** Effect of Sex, Age, and Race on the Clinical Presentation of Tuberculosis: A 15-Year Population-Based Study. *Am J Trop Med Hyg.* 2011;85(2):285-290. doi:10.4269/ajtmh.2011.10-0630.
10. **Chesnutt AN, Chesnutt MS, Prendergast NT, Prendergast TJ.** Pulmonary Tuberculosis. In: Papadakis MA, McPhee SJ, Rabow MW, eds. *Current Medical Diagnosis and Treatment* 2020. McGraw-Hill Education; 2020. Accessed November 3, 2021.

KHẢO SÁT ĐỘ LỌC CẦU THẬN ƯỚC TÍNH, TỶ SỐ ALBUMIN/CREATININE NIỆU TRÊN BỆNH NHÂN VẢY NẾN

Nguyễn Nhật Trường¹, Nguyễn Thị Hồng Chuyên¹, Văn Thế Trung¹

TÓM TẮT

¹Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Chuyên

Email: chuyennghien@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024

Mục tiêu: Xác định độ lọc cầu thận ước tính (eGFR), tỷ số albumin/creatinine niệu (ACR) và đánh giá mối liên quan giữa eGFR và ACR với các đặc điểm lâm sàng và ure huyết thanh ở bệnh nhân vảy nến. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang với 54 bệnh nhân vảy nến. **Kết quả:** eGFR trung bình theo công thức CKD-EPI là $85,02 \pm 14,77$ mL/phút/1,73m². ACR trung vị là 4,76 (2,91-14,18) mg/g. Có mối liên quan giữa eGFR với tuổi, tình trạng hút thuốc lá, độ nặng của vảy nến theo PASI (Psoriasis Area And Severity Index), ure huyết thanh.

Có mối liên quan giữa ACR với tuổi, độ nặng của vảy nến theo PASI. **Kết luận:** Tình trạng suy giảm chức năng thận xảy ra ở bệnh nhân vảy nến cao tuổi, có hút thuốc lá, vảy nến mức độ nặng. Ure huyết thanh tăng khi độ lọc cầu thận giảm.

Từ khóa: eGFR, ACR, vảy nến.

SUMMARY

ESTIMATED GLOMERULAR FILTRATION RATE, URINE ALBUMIN TO CREATININE RATIO IN PATIENTS WITH PSORIASIS

Objective: To evaluate the estimated glomerular filtration rate (eGFR), urine albumin to creatinine ratio (ACR), and assess their association with clinical characteristics and serum urea levels in patients with psoriasis. **Subjects and methods:** A cross-sectional study was conducted on 54 patients with psoriasis. **Results:** The mean eGFR (mL/min/1.73 m²), calculated using the CKD-EPI formula, was 85.02 ± 14.77. The median ACR (mg/g) was 4.76 (2.91–14.18). A significant association was found between eGFR and age, smoking status, psoriasis severity (measured by PASI score), and serum urea levels. Similarly, ACR was significantly associated with age and psoriasis severity (PASI score). **Conclusion:** Renal function impairment is observed in psoriasis patients, particularly in older individuals, smokers, and those with severe psoriasis. Additionally, serum urea levels tend to rise as glomerular filtration rate decreases. **Keywords:** eGFR, ACR, psoriasis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vảy nến là một bệnh da liên quan đến tình trạng viêm hệ thống thông qua trung gian miễn dịch. Bệnh gây ảnh hưởng không nhỏ đến chất lượng cuộc sống. Gần đây, vấn đề suy giảm chức năng thận liên quan đến bệnh vảy nến chỉ được báo cáo trong một vài nghiên cứu nhưng cơ chế bệnh sinh của vấn đề này vẫn còn chưa rõ [3]. Do đó, đề tài nghiên cứu này nhằm mục đích khảo sát những thay đổi trong chức năng thận của những bệnh nhân vảy nến thông qua độ lọc cầu thận ước tính (eGFR) và tỷ số albumin/creatinine niệu (ACR), từ đó tạo tiền đề cho việc đánh giá sớm cũng như phòng ngừa sự tiến triển của bệnh thận mạn tính.

Mục tiêu: Khảo sát độ lọc cầu thận ước tính và tỷ số albumin/creatinine niệu ở bệnh nhân vảy nến. Đánh giá mối liên quan giữa độ lọc cầu thận ước tính và tỷ số albumin/creatinine niệu với các đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân vảy nến.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.2. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 12/2020 đến tháng 08/2021.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán là vảy nến, đến khám và điều trị

tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 12/2020 đến 08/2021.

2.4. Cỡ mẫu. Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{s^2}{d^2}$$

Chọn $\alpha = 0,05$, $s = 17,86$ (theo nghiên cứu của Kaur I (2020) [6], $d = 5$. Do đó, cỡ mẫu tối thiểu là $n = 50$.

2.5. Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.6. Tiêu chuẩn chọn mẫu

Tiêu chuẩn nhận vào: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên. Bệnh nhân được chẩn đoán là vảy nến mảng (vảy nến thông thường), đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người có tiền sử: mắc các bệnh lý thận trước khi được chẩn đoán vảy nến, như hội chứng thận hư, viêm cầu thận, bệnh thận mạn tính, sỏi thận chưa được điều trị, nhiễm trùng tiểu. Người sử dụng các loại thuốc gây độc cho thận không liên quan đến vảy nến như aminoglycoside, rifampicin, lithium, cisplatin, thuốc cản quang, foscarnet, amphotericin B. Người chạy thận nhân tạo định kỳ hoặc tiền sử ghép thận, mang thai hoặc cho con bú. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.7. Phương pháp thu thập số liệu: Số liệu được thu thập trực tiếp thông qua phỏng vấn, thăm khám, ghi nhận từ hồ sơ bệnh án và thực hiện xét nghiệm trên bệnh nhân.

2.8. Các bước thu thập số liệu. Tiếp cận bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh. Phòng vấn trực tiếp và thăm khám để thu thập thông tin cho nghiên cứu. Mẫu nước tiểu buổi sáng được định lượng ACR bằng máy phân tích sinh hóa tự động AU680 (Beckman Coulter). Thu thập số liệu gồm creatinine và ure huyết thanh từ hồ sơ bệnh án tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh.

2.9. Xử lý số liệu. Các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26. Sử dụng thống kê mô tả: tính tần số, tỷ lệ, trung bình và độ lệch chuẩn, trung vị và khoảng tứ phân vị. Sử dụng phép kiểm định Chi-square (χ^2) và Fisher's exact để kiểm định sự khác biệt giữa các tỷ lệ. Sử dụng phép kiểm định T-Test, ANOVA, Mann-Whitney U hoặc Kruskal Wallis để kiểm định sự khác biệt đối với biến số định lượng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$ với độ tin cậy 95%.

2.10. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh chấp thuận, số 718/HĐĐĐ-ĐHYD, ngày 15/10/2020.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=50)

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi	49,43 ± 15,31
Giới tính	Nam: 32 (59,3%), nữ: 22 (40,7%)
BMI (kg/m ²)	22,70 ± 3,64
Hút thuốc lá	22 (40,7%)

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n=50)

Đặc điểm	Kết quả
Thời gian mắc vảy nến (năm)	Trung bình: 10,2 ± 8,1. Trung vị: 8,5 Thấp nhất: 1; Cao nhất: 32
PASI (n=54)	Trung bình: 18,4 ± 9,8. Trung vị: 15,4 PASI ≥ 10 là 85,2%
eGFR theo CKD-EPI (mL/phút/1,73m ²)	Trung bình: 85,02 ± 14,77. Thấp nhất: 52; Cao nhất: 124
ACR (mg/g)	Trung bình: 14,92. Trung vị: 4,76. Tứ phân vị (Q1-Q3): 2,91-14,18. Thấp nhất: 0,45. Cao nhất: 104,92.

Bảng 3. Liên quan giữa độ lọc cầu thận với các đặc điểm chung (n=50)

Đặc điểm chung		eGFR		p
		< 90 (35)	≥90 (19)	
Tuổi	<60(37)	19(51,4%)	18(48,6%)	0,002
	≥60(17)	16(94,1%)	1(5,9%)	
Giới	Nam(32)	24(75%)	8(25%)	0,059
	Nữ(22)	11(50%)	11(50%)	
Thừa cân	Có(25)	17(68%)	8 (32%)	0,649
	Không(29)	18(62,1%)	11(37,9%)	
Hút thuốc lá	Có(22)	18(81,8%)	4(18,2%)	0,030
	Không(32)	17(53,1%)	15(46,9%)	

Nhận xét: Độ lọc cầu thận có liên quan đến tuổi và tình trạng hút thuốc lá. Bệnh nhân có tuổi càng cao (≥ 60 tuổi) hoặc có hút thuốc lá thì độ lọc cầu thận càng giảm.

Bảng 4. Liên quan giữa độ lọc cầu thận với đặc điểm lâm sàng (n=50)

Lâm sàng		eGFR	p
Số năm bệnh	< 10 (28)	87,14±15,81	0,277
	≥ 10 (26)	82,73±13,49	
PASI	< 10 (8)	97,88±17,17	0,006
	≥ 10 (46)	82,78±13,29	

Nhận xét: Độ lọc cầu thận có liên quan đến độ nặng của vảy nến theo PASI. Vảy nến mức độ càng nặng (PASI ≥ 10) thì có độ lọc cầu thận càng giảm.

Bảng 5. Liên quan giữa độ lọc cầu thận ước tính với ure huyết thanh (n=50)

Đặc điểm	eGFR(mL/phút/1,73m ²)	p
----------	-----------------------------------	---

	<90 (35)	≥90 (19)	
Ure huyết thanh (mmol/L)	4,24 (3,48-5,91)	3,05 (2,52-3,68)	< 0,001

Nhận xét: Độ lọc cầu thận ước tính có liên quan đến ure huyết thanh. Độ lọc cầu thận càng giảm (<90 mL/phút/1,73m²) thì ure huyết thanh càng tăng.

Bảng 6. Liên quan giữa ACR với các đặc điểm chung (n=50)

Đặc điểm chung		ACR (trung vị)	p
Tuổi	< 50 (27)	3,65	0,032
	≥ 50 (27)	6,42	
Giới	Nam (32)	5,23	0,221
	Nữ (22)	3,92	
Thừa cân	Có (25)	3,65	0,221
	Không (29)	5,54	
Hút thuốc	Có (22)	4,45	0,819
	Không (32)	5,84	

Nhận xét: ACR có liên quan đến tuổi. Tuổi càng cao thì ACR càng tăng.

Bảng 7. Liên quan giữa ACR với đặc điểm lâm sàng (n=50)

Lâm sàng		ACR (trung vị)	p
Số năm bệnh	<10 (28)	3,92	0,143
	≥10 (26)	6,24	
PASI	<10 (8)	3,37	0,033
	≥10 (46)	6,24	

Nhận xét: ACR có liên quan đến độ nặng của vảy nến theo PASI. Vảy nến càng nặng (PASI ≥ 10) thì ACR càng tăng.

Bảng 8. Liên quan giữa ACR với ure huyết thanh (n=50)

Đặc điểm	ACR (mg/g)		p
	< 30 (44)	≥30 (10)	
Ure huyết thanh (mmol/L)	3,69 (3,03-5,42)	4,12 (3,12-5,45)	0,570

Nhận xét: ACR không liên quan đến ure huyết thanh.

IV. BÀN LUẬN

Độ lọc cầu thận trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Kaur I (2020) và Bae EH (2021) [2], [6]. Tác giả Bae EH (2021) cho rằng vảy nến có liên quan đến suy giảm chức năng thận [2]. Từ việc so sánh với nhóm khỏe mạnh trong nghiên cứu của Nguyễn Hồng Hà (2020) được thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Dược cơ sở 2 từ tháng 01/2013 đến 10/2018, chúng tôi gợi ý rằng tồn tại sự suy giảm độ lọc cầu thận có ý nghĩa thống kê ở nhóm vảy nến (85,02 ± 14,77) so với nhóm người khỏe mạnh trong cộng đồng (95,8 ± 13,1) [1].

Nghiên cứu của chúng tôi có ACR trung bình là 14,92 mg/g, tương đồng với nghiên cứu của

tác giả Kaur I (2020) (13,35 mg/g). Qua các nghiên cứu này đều cho thấy ACR trung bình ở bệnh nhân vảy nến khá thấp. Tác giả Kaur I (2020) đều cho rằng ACR không liên quan đến bệnh vảy nến [6].

Mối liên quan của độ lọc cầu thận với một số đặc điểm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, eGFR ở nhóm tuổi ≥ 60 giảm so với nhóm tuổi < 60 , giới tính hay thể trạng không liên quan đến sự suy giảm eGFR ở bệnh nhân vảy nến, phù hợp với nghiên cứu của tác giả Munera-Campos M (2021). Trên thực tế, đây là một điều hợp lý vì đã được ghi nhận trong y văn, độ lọc cầu thận sẽ giảm dần theo tuổi [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hút thuốc lá có liên quan đến sự suy giảm độ lọc cầu thận, khác với tác giả Munera-Campos M (2021) nhưng lại phù hợp với tác giả Hafez OS (2020). Nhìn chung, cơ chế hút thuốc lá gây suy giảm độ lọc cầu thận vẫn chưa được hiểu một cách rõ ràng, nhưng có khả năng các chất hoá học như nicotine, glycotoxins trong thuốc lá sẽ gây xơ hoá thận, qua đó làm giảm nhanh chức năng thận [5], [7].

Số năm mắc bệnh vảy nến không liên quan đến sự suy giảm độ lọc cầu thận trong nghiên cứu phù hợp với tác giả Farag AGA (2018). Ngược lại, độ nặng của vảy nến (theo PASI) có liên quan đến sự suy giảm độ lọc cầu thận, phù hợp với tác giả Chiu HY (2015). Vảy nến được xem là một bệnh lý có viêm, chủ yếu là viêm các mạch máu nhỏ và lớn, đặc biệt là trong vảy nến mức độ nặng. Tình trạng viêm dường như được xem là một trong những yếu tố góp phần vào sự suy giảm chức năng thận. Quá trình viêm diễn ra cùng với sự di chuyển và tích lũy của bạch cầu đến nội mô mạch máu qua trung gian điều hoà của các phân tử kết dính như ICAM-1 và VCAM-1 thường tăng trong bệnh thận mạn tính. Tuy nhiên, cơ chế cụ thể của quá trình viêm góp phần vào sự suy giảm chức năng thận thì vẫn chưa được hiểu rõ [3], [4].

Ure huyết thanh có mối liên quan đến sự suy giảm độ lọc cầu thận trong nghiên cứu đã được chứng minh trong y văn. Ngày nay, ure huyết thanh vẫn còn được xem là một chỉ số sinh hoá đáng tin cậy để đánh giá sự suy giảm chức năng thận.

Mối liên quan của ACR với một số đặc điểm. Chúng tôi cho rằng giới tính, thể trạng, hút thuốc lá, số năm mắc vảy nến, ure huyết thanh đều không liên quan đến sự gia tăng của đạm niệu được thể hiện qua ACR. Tuy nhiên, chúng tôi ghi nhận có sự gia tăng đạm niệu theo tuổi. Việc đạm niệu tăng theo tuổi trong nghiên

cứ có thể giải thích là do chức năng thận có sự suy giảm theo tuổi nên dẫn đến tình trạng tiểu đạm tăng theo tuổi.

Chúng tôi cho rằng độ nặng của vảy nến (bao giờ cả độ nặng của vảy nến có tổn thương móng) có liên quan đến sự gia tăng đạm niệu, phù hợp với nghiên cứu của tác giả Ren F (2017) [8]. Với vảy nến mức độ nặng thì tình trạng viêm hệ thống có thể tăng, do đó có khả năng gây ảnh hưởng đến chức năng thận làm xuất hiện đạm niệu.

Đề tài nghiên cứu này vẫn còn tồn tại một số hạn chế phải kể đến như độ lọc cầu thận ước tính được đánh giá dựa vào creatinine huyết thanh (một chỉ số sinh hoá được sử dụng phổ biến và rẻ tiền trên lâm sàng) có thể cho độ chính xác thấp hơn so với việc sử dụng các hợp chất khác như inulin hay cystatin C. Ngoài ra, nghiên cứu này chỉ khảo sát sự thay đổi của độ lọc cầu thận ước tính và đạm niệu trên bệnh nhân vảy nến mà không xác định được nguyên nhân của những sự thay đổi này.

V. KẾT LUẬN

Độ lọc cầu thận ước tính (eGFR) ở bệnh nhân vảy nến trung bình tính theo công thức CKD-EPI là $85,02 \pm 14,77$ mL/phút/1,73m². Tỷ số albumin/creatinine niệu trung vị là 4,76 (2,91-14,18) mg/g. Độ lọc cầu thận suy giảm được ghi nhận ở bệnh nhân vảy nến cao tuổi, hút thuốc lá, mắc vảy nến nặng theo PASI. Độ lọc cầu thận càng giảm thì ure huyết thanh càng tăng. Tỷ số albumin/creatinine niệu tăng ở bệnh nhân vảy nến cao tuổi, mắc vảy nến mức độ nặng theo PASI.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Hồng Hà** (2020). Đánh giá độ lọc cầu thận bằng cystatin C huyết thanh trong bệnh tăng huyết áp. Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
2. **Bae EH, Kim B, Song SH, et al** (2021). Proteinuria and Psoriasis Risk: A Nationwide Population-Based Study. *Journal of Clinical Medicine*, 10(11):2356.
3. **Chiu HY, Huang HL, Li CH, et al** (2015). Increased risk of glomerulonephritis and chronic kidney disease in relation to the severity of psoriasis, concomitant medication, and comorbidity: a nationwide population-based cohort study. *British Journal of Dermatology*, 173(1):146-154.
4. **Farag AGA, Elshayeb EI, Habib MS, et al** (2018). Endocan: a reliable biomarker for renal impairment in psoriasis vulgaris patients. *EJPMR*, 5(6):120-129.
5. **Hafez OS, Farrag SA, Ayoub HS, et al** (2020). Effect of Tobacco Smoking Active and Passive on The Kidney Functions. *Al-Azhar International Medical Journal*, 1(9):261-264.
6. **Kaur I, Gandhi V, Raizada A, et al** (2020).

Psoriatic nephropathy and its correlation with hs-CRP: A case control study. Indian Dermatology Online Journal, 11(1):29-34.

7. **Munera-Campos M, Ferrándiz C, Mateo L, et al** (2021). Prevalence and stages of chronic kidney disease in psoriasis and psoriatic arthritis:

A cross-sectional study. Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology, 1-4.

8. **Ren F, Zhang M, Hao L, et al** (2017). Kidney involvement in psoriasis: a case-control study from China. International urology and nephrology, 49(11):1999-2003.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ XỬ TRÍ THAI PHỤ RAU TIỀN ĐẠO TẠI BỆNH VIỆN VIỆT NAM – THỤY ĐIỂN UÔNG BÍ

Ngô Xuân Quý¹, Nguyễn Thị Thu Hà²

TÓM TẮT

Rau tiền đạo là một cấp cứu trong sản khoa, một trong những nguyên nhân gây chảy máu trong ba tháng cuối của thai kỳ, trong lúc chuyển dạ và sau đẻ. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả xử trí thai phụ rau tiền đạo tại bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 146 sản phụ bị rau tiền đạo trong thời gian từ 01/04/2019 - 31/12/2023 tại khoa Sản và khoa Điều trị theo yêu cầu, Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí. **Kết quả:** Tỷ lệ ra máu âm đạo tự nhiên là 53,4%. Tỷ lệ sản phụ có thiếu máu là 51,4% trong đó đa số thiếu máu mức độ 1 (45,9%). Tỷ lệ xử trí mổ chủ động chiếm 54,8%. Chỉ định mổ lấy thai do rau tiền đạo chảy máu 34,2%; rau tiền đạo đủ tháng 43,8%. Tỷ lệ sản phụ không phải truyền máu trong và sau phẫu thuật là 82,9%. Sau mổ có 12,3% chảy máu, 0,7% tụ máu. **Kết luận:** Chỉ định mổ lấy thai đúng làm giảm các biến chứng của rau tiền đạo đối với sản phụ. **Từ khóa:** rau tiền đạo, truyền máu, ra máu âm đạo

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS AND MANAGEMENT OUTCOMES OF PREGNANT WOMEN WITH PLACENTA PREVIA AT UONG BI VIETNAM - SWEDEN HOSPITAL

Placenta previa is an obstetric emergency, one of the causes of bleeding in the last three months of pregnancy, during labor and postpartum. **Objective:** To describe the clinical and paraclinical characteristics and outcomes of managing pregnant women with placenta previa at the Uong Bi Vietnam – Sweden Hospital. **Methodology:** A cross-sectional descriptive study of 146 pregnant women with placenta previa from April 1, 2019, to December 31, 2023, at the Obstetrics Department and Treatment on Demand Department, Uong Bi Vietnam – Sweden Hospital. **Results:** The percentage of natural vaginal bleeding

was 53.4%. The proportion of pregnant women with anemia was 51.4%, with the majority having level 1 of anemia (45.9%). The rate of active Cesarean section management was 54.8%; including 34.2% due to bleeding placenta previa and 43.8% for full-term placenta previa. The rate of pregnant women who did not require blood transfusion during and after Cesarean section was 82.9%. Post-surgery, 12.3% experienced bleeding, 0.7% experienced hematoma. **Conclusion:** Indications for cesarean section reduced complications of placenta previa for pregnant women.

Keywords: placenta previa, blood transfusion, vagina bleeding

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rau tiền đạo (RTĐ) là một cấp cứu trong sản khoa, là một trong những nguyên nhân gây chảy máu trong ba tháng cuối của thai kỳ, gây chảy máu trong lúc chuyển dạ và sau đẻ [6]. Rau tiền đạo có thể gây tử vong hoặc bệnh lý mắc phải cho mẹ và con, do chảy máu và đẻ non [1].

Rau tiền đạo làm tăng tỷ lệ tử vong sơ sinh do non tháng và có thể gây ra tình trạng chảy máu nhiều đe dọa tính mạng của sản phụ [6]. Các biến chứng của rau tiền đạo đối với mẹ như băng huyết sau sinh, chấn thương sản khoa, truyền máu và cắt tử cung, tổn thương các tạng lân cận khi mổ lấy thai, nhiễm khuẩn hậu sản, tăng tỷ lệ tử vong mẹ [6].

Với những biến chứng nguy hiểm do rau tiền đạo gây ra, yêu cầu đặt ra chính là cần phải phát hiện sớm, theo dõi chặt chẽ các trường hợp sản phụ rau tiền đạo, qua đó nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, giảm tai biến cho mẹ và con, giảm các gánh nặng cho gia đình và xã hội. Với mục đích tìm hiểu các triệu chứng lâm sàng cận lâm sàng giúp chẩn đoán sớm và có thái độ xử trí đúng, kịp thời là yếu tố quan trọng để giảm các biến chứng nặng nề cho mẹ và con. Nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả xử trí thai phụ rau tiền đạo tại bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí trong thời gian trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Sản phụ được chẩn đoán xác định là rau tiền đạo qua lâm sàng

¹Bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Xuân Quý

Email: xuanquyngo1982@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024