

(60%)<sup>[9]</sup>, Kim (53,8%)<sup>[1]</sup>, Tournigand (50%)<sup>[11]</sup>, chủ yếu gặp độ 1,2. Để hạn chế buồn nôn, nôn trong quá trình điều trị ngoài tiêm các thuốc chống nôn nhóm ức chế thụ thể 5-HT3 trước truyền hóa chất 30 phút, chúng tôi còn phối hợp các thuốc hỗ trợ khác như corticoid, thuốc an thần (với bệnh nhân lo lắng quá mức) và hướng dẫn chế độ ăn uống, sinh hoạt để giảm thiểu tác dụng buồn nôn, nôn trong quá trình điều trị.

#### + Tiêu chảy

Tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện ỉa chảy trong 6 đợt điều trị từ 15-35,8% với mức độ hay gặp là 1, ở mức độ 2 là 1,7-6%. Không gặp ở độ 3 và độ 4. Recchia và cs (2004) cho biết tỷ lệ ỉa chảy độ 3 là 4,6%<sup>[9]</sup>. Trên thực tế, tác dụng không mong muốn này có thể được khắc phục bằng các thuốc chống tiêu chảy thông thường khi nó xuất hiện.

#### KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn các tác dụng phụ không mong muốn đối với các bệnh nhân truyền hóa chất chủ yếu gặp ở mức độ 1 và mức độ 2.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. J. H. Kim and et al. (2014). "FOLFIRI as second-line chemotherapy after failure of FOLFOX4 in advanced colorectal cancer: a Korean single-center experience", Korean J Gastroenterol. 63(1), tr. 18-24.
2. Nguyễn Văn Bằng (2017). "Tác dụng không mong muốn của phác đồ FOLFIRI trong điều trị ung thư đại trực tràng", Tạp chí Y-Dược học quân sự. 5, tr. 43 - 50.
3. Bộ Y tế (2018). "Quyết định về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư đại trực tràng"", Quyết định số 2549/QĐ-BYT ngày 19/4/2018.

4. Huỳnh Thanh Long, Nguyễn Hoàng Bắc, Vũ Huy Hùng (2017). "Kết quả ung thư học phẫu thuật nội soi điều trị triệt căn ung thư đại tràng", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 3(21), tr. 178-182.

5. Nguyễn Thanh Ngọc, Nguyễn Thanh Bình và cs Phạm Văn Hiệu (2019). "Kết quả điều trị bệnh nhân ung thư đại tràng tái phát di căn bằng phác đồ bevacizumab - folfiri", Tạp chí Y Dược lâm sàng 108. 5.

6. Trần Thị Như Quỳnh, Bùi Tiến Sĩ (2019). "Nghiên cứu một số độc tính của phác đồ FOLFOX 4 trên bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến đại trực tràng giai đoạn di căn xa", Tạp chí Y Dược lâm sàng 108. 5.

7. Đặng Trần Tiến (2007). "Nghiên cứu hình thái học của ung thư đại-trực tràng", Tạp chí Y học tp. Hồ Chí Minh. Phụ bản số 3(11), tr. 86 - 88.

8. Nguyễn Thành Trung, Nguyễn Văn Xứng và cs Lê Đức Nhân (2018). "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi và mô bệnh học của ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Đà Nẵng trong 02 năm (2016-2017)", Tạp chí Y Dược học, Trường Đại học Y Dược Huế. 8(2 (4)), tr. 7 - 12.

9. F. Recchia and et al. (2004). "Multicentre phase II study of bifractionated CPT-11 with bimonthly leucovorin and 5-fluorouracil in patients with metastatic colorectal cancer pretreated with FOLFOX", Br J Cancer. 91(8), tr. 1442 - 6.

10. H. Sung and et al. (2021). "Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries", CA Cancer J Clin. 71(3), tr. 209 - 249.

11. C. Tournigand and et al. (2004). "FOLFIRI followed by FOLFOX6 or the reverse sequence in advanced colorectal cancer: a randomized GERCOR study", J Clin Oncol. 22(2), tr. 229 - 37.

## KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG TĂNG HUYẾT ÁP Ở BỆNH NHÂN VIÊM THẬN LUPUS VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

NGUYỄN THỊ MINH ANH<sup>1</sup>,  
ĐẶNG THỊ VIỆT HÀ<sup>1,2</sup>, ĐỖ GIA TUYÊN<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trung tâm Thận - tiết niệu và Lọc máu, Bệnh viện Bạch Mai

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát tình trạng tăng huyết áp ở bệnh nhân viêm thận lupus và mối liên quan giữa tăng huyết áp với một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng ở nhóm bệnh nhân này.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiền cứu trên 187 bệnh nhân viêm thận lupus điều trị tại Trung tâm Thận - Tiết niệu và Lọc máu, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2020 đến 07/2021.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Minh Anh  
Email: nguyenthiminhhanh22071996@gmail.com  
Ngày nhận: 02/8/2021  
Ngày phản biện: 25/8/2021  
Ngày duyệt bài: 10/9/2021

**Kết quả:** Trong 187 bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ tăng huyết áp chiếm 66,3% (n = 124). Thời gian mắc viêm thận lupus trung bình: 45,1 tháng, thời gian khởi phát tăng huyết áp trung bình: 13,05 tháng. Tuổi trung bình của bệnh nhân

tại thời điểm khởi phát tăng huyết áp: 33,2 tuổi (15 - 66). Trong 124 bệnh nhân tăng huyết áp, tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu lên tới 96,8%, bệnh nhân thiếu máu mức độ nặng (Hb < 80 g/L) chiếm 30,9% (38 bệnh nhân). Creatinine huyết thanh của nhóm bệnh nhân tăng huyết áp cao hơn nhóm bệnh nhân không có tăng huyết áp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ . Trong 52 bệnh nhân được sinh thiết, class III và IV chiếm tỷ lệ 75% (39 bệnh nhân), chỉ số mạn tính (CI) trung bình là 1,71, có mối liên quan tuyến tính đồng biến với mức độ tăng huyết áp ( $p < 0,05$ ), chỉ số hoạt động (AI) có mối tương quan đồng biến với tăng huyết áp tâm trương ( $p < 0,05$ ). Tăng huyết áp liên quan có ý nghĩa thống kê với việc điều trị corticocoid, phenolate mofetil và cyclophosphamide ( $p < 0,01$ ). Không có mối liên quan giữa tình trạng tăng huyết áp với mức độ protein niệu, nồng độ bổ thể (C3, C4) và hiệu giá các tự kháng thể (ANA và anti-dsDNA) ( $p > 0,05$ ).

**Kết luận:** Tình trạng tăng huyết áp ở bệnh nhân viêm thận lupus có liên quan tới mức độ thiếu máu, tiến triển của suy thận, mức độ đợt cấp viêm thận lupus, tình trạng xơ hóa của thận và một số thuốc ức chế miễn dịch trong điều trị, đặc biệt là corticoid. Mức độ protein niệu, bổ thể C3, C4, ANA và anti - dsDNA là yếu tố độc lập với tình trạng tăng huyết áp ở bệnh nhân viêm thận lupus.

**Từ khóa:** Tăng huyết áp, thiếu máu, viêm thận lupus.

#### SUMMARY

#### INVESTIGATING HYPERTENSION IN PATIENTS WITH LUPUS NEPHRITIS AND SOME RELATED FACTORS

**Objectives:** Investigating hypertension in patients with lupus nephritis and the relationship between hypertension and some clinical, subclinical factors in this patients group.

**Subjects and methods:** A cross-sectional, retrospective and prospective study on 187 lupus nephritis patients treated in Nephro – Urology and Dialysis Center, Bach Mai hospital from 01/2020 to 07/2021.

**Results:** In 187 patients of this research, the proportion of hypertension was 66.3% ( $n=124$ ). The mean time of lupus nephritis was 45.1 months, mean onset time of hypertension was 13.05 months. The average age of patients at the onset time of hypertension was 33.2 years old (15-66). In 124 hypertensives, the rate of anemia was up to 96.8%, that included 30.9% of patients (38 patients) with severe anemia (Hb<80g/l). The averager of serum creatinine index in hypertensive group was higher than that of group without hypertension and this difference was

statistically with  $p < 0.01$ . In 52 patients who had been performed renal biopsy, class III and IV accounted for 75% (39 patients) and the average of chronic index (CI) was 1.71, which had a positive linear relationship with the degree of hypertension ( $p < 0.05$ ). Activity index (AI) had a positive linear correlation with diastolic hypertension ( $p < 0.05$ ). Hypertension was significantly associated with the treatment of corticosteroids, mycophenolat mofetil and cyclophosphamide ( $p < 0.01$ ). There was no correlation between hypertension and proteinuria, complement levels (C3, C4) and autoantibody titers (ANA and anti-dsDNA) ( $p > 0.05$ ).

**Conclusions:** Hypertension in patients with lupus nephritis is related to the degree of anemia, progression of renal failure, severity of lupus nephritis exacerbation, renal fibrosis, and some immunosuppressive drugs in treatment, especially corticosteroids. Levels of proteinuria, complement C3, C4, ANA and anti-dsDNA are independent factors for hypertension in lupus nephritis patients.

**Keywords:** Hypertension, Anemia, Lupus nephritis.

#### ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống (LBH) là một bệnh lý tự miễn điển hình của tổ chức liên kết, biểu hiện tổn thương đa cơ quan, thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Tình trạng bệnh bị tác động bởi nhiều yếu tố như di truyền, hormone giới tính và môi trường<sup>[1]</sup>.

Viêm thận lupus (VTL) là tổn thương thường gặp và ảnh hưởng tới tiên lượng bệnh<sup>[1]</sup>. Hầu hết bệnh nhân LBH có sự phát triển bệnh lý tim mạch thứ phát trong quá trình bệnh, thường gặp: viêm màng ngoài tim cấp tính, tăng huyết áp..... Tỷ lệ tăng huyết áp ở bệnh nhân lupus khá thay đổi giữa các nghiên cứu, khoảng 10 - 77% tổng số bệnh nhân. Tình trạng THA ở bệnh nhân LBH bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố, đặc biệt là chức năng thận, mức độ đợt cấp của bệnh, và một số thuốc trong điều trị<sup>[2]</sup>. Đồng thời, THA cũng thúc đẩy quá trình tổn thương thận, tỷ lệ bệnh thận mạn do tăng huyết áp trên các đối tượng nói chung chiếm khoảng 14,6%, có thể tiến triển thành bệnh thận giai đoạn cuối. Vì thế, THA ảnh hưởng đáng kể tới tiên lượng bệnh, cũng như tổn thương thận ở bệnh nhân LBH<sup>[3]</sup>. Với những lý do trên đây, nhằm mục tiêu quản lý và điều trị tăng huyết áp cũng như các biến chứng tim mạch ở bệnh nhân viêm thận lupus, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Khảo sát tình trạng tăng huyết áp trên bệnh nhân viêm thận Lupus và một số yếu tố liên quan" với 2 mục tiêu sau:

1. Khảo sát tình trạng tăng huyết áp ở bệnh nhân viêm thận lupus được điều trị tại Khoa Thận - Tiết niệu, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2020 đến tháng 07/2021.

2. Tìm hiểu mối liên quan giữa tăng huyết áp với một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng ở nhóm bệnh nhân trên.

## ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

187 bệnh nhân được chẩn đoán viêm thận lupus theo tiêu chuẩn ACR 2012 tại Trung tâm Thận - Tiết niệu và Lọc máu, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2020 đến tháng 07/2021.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu.

**2.2. Các tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu**

- Tiêu chuẩn chẩn đoán LBH theo SLICC 2012, tiêu chuẩn chẩn đoán viêm thận lupus theo ACR 2012, phân loại tổn thương mô bệnh học theo ISN/RPS 2003<sup>[4]</sup>.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán và phân loại THA theo ESC/ESH 2018<sup>[5]</sup>.

### 2.3. Phương pháp phân tích số liệu

Số liệu được quản lý, phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

## KẾT QUẢ

### 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

#### 1.1. Đặc điểm về tuổi, giới

Trong 187 bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ tăng huyết áp chiếm 66,3% (n = 124), trong đó nữ giới chiếm ưu thế (91,9%). Thời gian mắc viêm thận lupus trung bình là 45,1 tháng, và thời gian khởi phát tăng huyết áp trung bình là 13,05 tháng. Tuổi trung bình của bệnh nhân tại thời điểm phát hiện tăng huyết áp là 33,2 tuổi (15 - 66).

Có 10 bệnh nhân tăng huyết áp được chẩn đoán trước khi phát hiện LBH, 55 bệnh nhân phát hiện đồng thời cả 2 tình trạng bệnh, trong khi đó số bệnh nhân được chẩn đoán THA sau LBH là 52 người.

#### 1.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm THA và không THA

Đặc điểm	THA (n = 124)	Đặc điểm LS,CLS	THA (n=124)
Sốt	12 (9,8)	Suy tim EF<50%	25,7 (27)
Co giật	3 (2,4)		
Rối loạn tâm thần	2 (1,6)	Thiếu máu <80g/l	30,9 (38)
Ban đỏ	20 (16,3)	(Hb< >80g/l	69,1 (92)
Đau khớp	12 (9,8)	120g/l) <120g/l	96,8 (120)

Rụng tóc	12 (9,8)	Anti - dsDNA dương tính	88,7 (110)
TD màng tim/màng phổi	54,1 (58)	Giảm C3	83,8 (104)
Tăng ALĐMP	41,9 (52)	Giảm C4	70,1 (87)

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân có tăng huyết áp, các triệu chứng lâm sàng thường gặp ban cánh bướm (16,3%), sưng đau khớp (9,8%), rụng tóc (9,8%), sốt (9,8%).

Về các triệu chứng cận lâm sàng: Trong nhóm bệnh nhân có tăng huyết áp, tràn dịch màng tim/màng phổi (54,1%), tăng áp lực động mạch phổi (41,9%), suy tim (25,7%), tỷ lệ thiếu máu lên tới 96,8%, trong số này, 38 bệnh nhân (30,9% tổng số bệnh nhân) có tình trạng thiếu máu nặng (Hb < 80 g/L), còn lại là thiếu máu mức độ nhẹ và trung bình.

Trên phương diện miễn dịch học, nồng độ bổ thể C3 giảm ở 83,8% số bệnh nhân trong nghiên cứu, tỉ lệ số bệnh nhân có giảm C4 là 70,1%, số bệnh nhân anti - dsDNA dương tính lần lượt là 88,7%.

Bảng 2. Đặc điểm huyết áp tâm trương (HATTr) và tâm thu (HATTh) của nhóm tăng huyết áp

Chỉ số huyết áp (mmHg)	HATTr			HATTh		
	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
HA vào viện	87,4	50	130	142,3	100	210
HA cao nhất trong viện	98	70	130	163,5	125	210
THA độ 1	THA độ 2			THA độ 3		
	20,3%			43,9%		
				30,1%		

Nhận xét: HATTh và HATTr trung bình lúc vào viện lần lượt là 142,3 và 87,4 mmHg. HA thời điểm cao nhất trong viện trung bình là 163,5 và 98 mmHg (tương đương HATTh và HATTr), THA độ 1 chiếm 20,3%, độ 2 là 43,9% và độ 3 là 30,1%.

### 2. Mối liên quan giữa tăng huyết áp và các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng.

Bảng 3. Mối liên quan giữa tăng huyết áp và mức độ hoạt động bệnh tính theo thang điểm SLEDAI

Mức độ hoạt động (điểm SLEDAI)	THA (n=124)	Không THA (n = 63)
Trung bình	14,65	13,3
Mức độ nhẹ (1-5)	4 (5)	9,5 (6)
Mức độ trung bình (6-10)	15,3 (19)	20,6 (13)
Mức độ nặng (11-19)	79 (63,7)	57,1 (36)
Mức độ rất nặng (> 20)	16,9 (21)	12,7 (8)

Nhận xét: Điểm SLEDAI trung bình giữa nhóm bệnh nhân có THA và không THA lần lượt là 14,65 và 13,3. Có mối liên quan tuyến tính

đồng biến mức độ vừa giữa tăng huyết áp với mức độ hoạt động bệnh với hệ số tương quan  $r = 0,33$  ( $p = 0,014 < 0,05$ ).

Bảng 4. Tỷ lệ các lớp mô bệnh học thận giữa 2 nhóm bệnh nhân viêm thận lupus có tăng huyết áp và không tăng huyết áp.

Tỷ lệ (%)	Nhóm THA (n = 31)	Nhóm không THA (n = 21)	p
Class III	19,3 (6)	33,3 (7)	< 0,05
Class IV	58,1 (18)	38,1 (8)	
Class V	7,5 (2)	9,6 (2)	
Class hỗn hợp (III+V/IV+V)	16,1 (5)	19 (4)	

Nhận xét: Trong 52 bệnh nhân được sinh thiết thận tại thời điểm nghiên cứu, 31 bệnh nhân tăng huyết áp, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mô bệnh học giữa 2 nhóm THA và không THA với độ tin cậy 95% ( $p > 0,05$ ). Trong đó tỷ lệ class III, IV chiếm ưu thế hơn so với các class khác ở cả 2 nhóm bệnh nhân này.

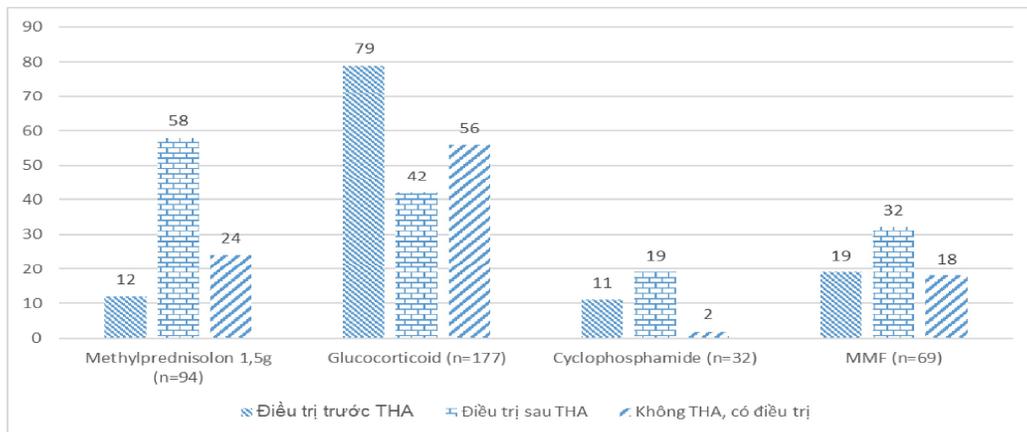
Chỉ số mạn tính (CI) trung bình: 1,71, có mối tương quan đồng biến giữa mức độ tăng huyết áp và chỉ số mạn tính của bệnh trên sinh thiết thận ( $r = 0,33$ ,  $p = 0,019$ ). Chỉ số hoạt động (AI) trung bình: 4,88 chỉ có mối tương quan tuyến tính mức độ trung bình với huyết áp tâm trương, hệ số tương quan  $r = 0,3$  ( $p = 0,03$ ).

Bảng 4. Mối liên quan giữa tăng huyết áp và một số yếu tố cận lâm sàng.

Đặc điểm cận lâm sàng	THA	Không THA	Hệ số tương quan (r)	p
Creatinin huyết thanh ( $\mu\text{mol/l}$ )	279,9 + 231,6	106,9 + 74,2	0,484	0,000
MLCT ( $\text{ml/phút}/1,73\text{m}^2$ )	42,4 + 48,5	82,4 + 46,4	-0,755	0,000
Protein niệu ( $\text{g}/24\text{h}$ )	7,3	6,4	0,01	0,991
Hb (g/l)	87,6	104,5	- 0,356	0,000
C3 giảm	83,8 (104)	84,1 (53)	0,032	0,665
C4 giảm	41,9 (52)	47,6 (30)	0,035	0,633
Anti-dsDNA (+)	74,2 (92)	74,6 (47)		1,0

Nhận xét: Mức lọc cầu thận trung bình giữa 2 nhóm bệnh nhân viêm thận lupus có THA và không THA lần lượt là  $42,4 \text{ ml/phút}/1,73\text{m}^2$  và  $82,4 \text{ ml/phút}/1,73\text{m}^2$ , có mối tương quan tuyến tính nghịch biến mạnh giữa thông số huyết áp và sự suy giảm chức năng thận trên bệnh nhân viêm thận lupus với hệ số tương quan  $r = - 0,755$  ( $p = 0,000$ ).

Tăng huyết áp và nồng độ hemoglobin tương quan tuyến tính nghịch biến mức độ trung bình với  $r = 0,356$  ( $p < 0,05$ ). Protein niệu, nồng độ C3, C4 và anti-dsDNA là yếu tố độc lập với tình trạng tăng huyết áp ( $p > 0,05$ ).



**Biểu đồ 2. Mối liên quan giữa tăng huyết áp và một số thuốc ức chế miễn dịch**

Nhận xét: Mối liên quan giữa tăng huyết áp với điều trị bằng corticoid, mycophenolat mofetil và cyclophosphamide có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99% ( $p < 0,01$ ). THA xuất hiện sau khi điều trị bolus methylprednisolone liều cao, corticoid đường uống, cyclophosphamide và MMF lần lượt là 12, 79, 11 và 19 bệnh nhân. Điều trị THA bằng đơn trị liệu ở 54 bệnh nhân, sử dụng kết hợp nhiều loại thuốc huyết áp có 60

bệnh nhân.

## BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Về đặc điểm chung: Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $33,6 + 12,7$ , tỷ lệ nam/nữ là 1:8,8, tương tự nghiên cứu của Satirapoj<sup>[6]</sup>.

Tỷ lệ tăng huyết áp ở bệnh nhân viêm thận lupus dao động từ 25 - 74% trong một số nghiên cứu<sup>[6,7]</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ

này chiếm 66,3%. Độ tuổi trung bình khởi phát tăng huyết áp là 33,2 tuổi, nhỏ nhất 15 tuổi và lớn nhất 66 tuổi (bảng 1) tương tự các nghiên cứu của Motula Latout Lot, Satirapoj<sup>[2]</sup>.

Về đặc điểm lâm sàng: thứ tự các triệu chứng thường gặp tràn dịch màng tim, màng phổi (48,4%), ban cánh bướm (16,3%), sưng đau khớp (9,8%), rụng tóc (9,8%), sốt (9,8%) (bảng 1) tương tự như nghiên cứu của tác giả Nghiêm Trung Dũng<sup>[8]</sup>, tuy nhiên tỷ lệ các triệu chứng cao hơn nghiên cứu của chúng tôi.

Về đặc điểm cận lâm sàng: MLCT trung bình của nhóm bệnh là 42,4 ml/phút/1,73m<sup>2</sup> thấp hơn so với nghiên cứu của nhiều tác giả trong và ngoài nước<sup>[6,8]</sup>, tỷ lệ bệnh nhân giảm nồng độ C3, anti - dsDNA tương tự tác giả Satirapoj<sup>[2]</sup> (bảng 1).

## **2. Mối liên quan giữa tăng huyết áp và một số tiêu tố lâm sàng, cận lâm sàng**

Mức độ hoạt động bệnh trung bình của bệnh (tính theo thang điểm SLEDAI) ở nhóm tăng huyết áp cao hơn nhóm không tăng huyết áp. Có mối liên quan tuyến tính đồng biến giữa tình trạng THA và mức độ hoạt động bệnh (theo SLEDAI) tương tự như nghiên cứu của tác giả José Mario Sabio năm 2011<sup>[9]</sup> (bảng 3).

Trong nghiên cứu của các tác giả E M Ginzler, DT Felson tăng huyết áp làm tăng nguy cơ suy thận gấp 2,3 lần trong 12 tháng trên bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống và nghiên cứu LUMINA năm 2007 cũng chỉ ra rằng suy thận là yếu tố dự báo mạnh về nguy cơ tăng huyết áp trên bệnh nhân viêm thận lupus<sup>[10,11]</sup>. Trong nghiên cứu này chúng tôi cũng nhận thấy có sự tương quan chặt chẽ giữa mức độ tăng huyết áp và sự tiến triển theo chiều hướng xấu của chức năng thận (bảng 4). Vì vậy đánh giá tình trạng tăng huyết áp ở những giai đoạn sớm của bệnh là rất cần thiết giúp đưa ra các chiến lược điều trị nhằm hạn chế tiến triển nặng của bệnh, giúp bảo tồn chức năng thận.

Mức độ xơ hóa thận được đánh giá thông qua chỉ số mạn tính trên sinh thiết thận bao gồm số lượng cầu thận xơ hóa, liền xơ cầu thận, mức độ xơ hóa mô kẽ và teo ống thận, chỉ số này dự báo nguy cơ tăng huyết áp ở bệnh nhân viêm thận lupus tương tự nghiên cứu của Satirapoj<sup>[2]</sup>. Như vậy, có mối liên quan giữa các mức độ tổn thương xơ hóa thận ở những bệnh nhân viêm thận lupus với tình trạng huyết áp cho thấy tầm quan trọng của kiểm soát huyết áp ở các bệnh nhân này (biểu đồ 1).

Ngoài ra trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận con số huyết áp tâm trương có mối tương quan tuyến tính với chỉ số hoạt động bệnh, tuy

nhiên huyết áp tâm thu của nhóm nghiên cứu độc lập với chỉ số hoạt động của bệnh trái ngược với nghiên cứu của tác giả trên, sự khác biệt này có thể do số lượng bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế, do đó cần thêm những nghiên cứu trong tương lai để làm rõ hơn vấn đề này.

Mặt khác, cũng trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận tình trạng tăng huyết áp còn liên quan tới việc dùng các thuốc ức chế miễn dịch, đặc biệt là corticoid, tương tự như nghiên cứu của tác giả JM Sabio, cho thấy sử dụng corticoid khiến nguy cơ tăng huyết áp cao gấp 4 lần ở bệnh nhân viêm thận lupus<sup>[12]</sup>. Tuy nhiên, trong nghiên cứu dọc LUMINA không nhận thấy mối liên kết giữa glucocorticoid và bệnh lý tim mạch trong lupus ban đỏ hệ thống<sup>[10]</sup>. Hiện tại chúng tôi nghiên cứu cắt ngang trên số lượng bệnh nhân tương đối ít và không đi sâu vào phân tích liều lượng corticoid và loại bỏ các yếu tố nhiễu nên còn nhiều hạn chế về mặt kết quả, hy vọng trong tương lai gần sẽ có các nghiên cứu làm sáng tỏ thêm vấn đề này. Mặc dù vậy, nghiên cứu cũng cho thấy cần phải theo dõi huyết áp chặt chẽ trước và sau dùng corticoid, đặc biệt khi sử dụng liều cao để có chiến lược dự phòng, nhằm tránh các nguy cơ biến chứng của tăng huyết áp khó kiểm soát.

## **KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ**

Tăng huyết áp ở bệnh nhân viêm thận lupus khá thường gặp, có liên quan và dự báo tiến triển suy thận, mức độ đợt cấp và mức độ xơ hóa thận. Tình trạng THA không bị ảnh hưởng bởi protein niệu, bỏ thể hay kháng thể kháng nhân. Ngoài ra việc điều trị bằng một số thuốc ức chế miễn dịch cũng góp phần gây ra tăng huyết áp ở bệnh nhân viêm thận lupus, đặc biệt là glucocorticoid. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi chưa thực sự đi sâu vào mối liên quan giữa tăng huyết áp và các thuốc điều trị khác, do đó trong tương lai cần có thêm nhiều nghiên cứu chuyên sâu về vấn đề này.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Almaani S., Meara A., và Rovin B.H.** (2017). Update on Lupus Nephritis. Clin J Am Soc Nephrol, 12(5), 825 - 835.
2. **Satirapoj B., Tasanavipas P., và Supasyndh O.** (2015). Clinicopathological Correlation in Asian Patients with Biopsy-Proven Lupus Nephritis. Int J Nephrol, 2015, e857316.
3. **Segura J., Campo C., Gil P. and et al.** (2004). Development Of Chronic Kidney Disease and Cardiovascular Prognosis in Essential Hypertensive Patients. J Am Soc Nephrol, 15(6), 1616 - 1622.
4. **Salehi Abari I.** (2015). 2015 ACR/SLICC

Revised Criteria for Diagnosis of Systemic Lupus Erythematosus. Autoimmune Dis Ther, 2.

5. **Williams B., Mancía G., Spiering W.** and et al. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). Eur Heart J, 39(33), 3021 - 3104.

6. **Ben Hmida M., Chaabouni Y., Kaddour N.** and et al. (2010). Hypertension in systemic lupus erythematosus: PP.15.60. J Hypertens, 28, e266.

7. **Al-Herz A., Ensworth S., Shojania K.** and et al. (2003). Cardiovascular risk factor screening in systemic lupus erythematosus. J Rheumatol, 30(3), 493 - 496.

8. **Nghiêm Trung Dũng** (2018). Nghiên cứu đánh giá mức độ hoạt động, tổn thương mô bệnh học và tính đa hình thái gen STAT4, IRF5, CDKN1A trong viêm thận lupus..

9. **Sabio J.M., Vargas-Hitos J.A., Navarrete-Navarrete N.** and et al. (2011). Prevalence of and Factors Associated with Hypertension in Young and Old Women with Systemic Lupus Erythematosus. J Rheumatol, 38(6), 1026 - 1032.

10. **Chaiamnuay S., Bertoli A.M., Roseman J.M.** and et al. (2007). African-American and Hispanic ethnicities, renal involvement and obesity predispose to hypertension in systemic lupus erythematosus: results from LUMINA, a multiethnic cohort (LUMINAXLV). Ann Rheum Dis, 66(5), 618 - 622.

11. **Ginzler E.M., Felson D.T., Anthony J.M.** and et al. (1993). Hypertension increases the risk of renal deterioration in systemic lupus erythematosus. J Rheumatol, 20(10), 1694 - 1700.

12. **Sabio J.M., Mediavilla J.D., Fernández-Torres C.** and et al. (2001). Risk factors related to hypertension in a Spanish systemic lupus erythematosus cohort. Lupus, 10(6), 451 - 452.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ HÓA TRỊ BỔ TRỢ TRƯỚC UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN II, III Ở PHỤ NỮ MẠN KINH

NGÔ TRƯỜNG SƠN<sup>1</sup>, VŨ HỒNG THĂNG<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện E

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện K

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá đáp ứng lâm sàng và một số yếu tố tiên lượng sống thêm 3 năm của hóa trị bổ trợ trước ung thư vú giai đoạn II, III ở phụ nữ mạn kinh.

**Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu tiến hành trên 50 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II, III ở phụ nữ mạn kinh được hóa trị bổ trợ trước đơn thuần hoặc kết hợp trastuzumab. Đánh giá đáp ứng lâm sàng theo RECIST 1.1, đánh giá sống thêm 3 năm theo phương pháp Kaplan meier.

**Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là đáp ứng toàn bộ là 26%, đáp ứng một phần (70%), bệnh ổn định 2 trường hợp (4%). Tỷ lệ sống thêm 3 năm toàn bộ là 95,5%, tỷ lệ sống thêm 3 năm không tái phát di căn là 95,5%. Tỷ lệ sống thêm 3 năm của nhóm đáp ứng toàn bộ là 100%, đáp ứng một phần (96,9%), bệnh ổn định (50%). Sự khác nhau có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,004$ ).

**Kết luận:** Hóa trị bổ trợ trước đơn thuần hoặc kết hợp trastuzumab trên bệnh nhân ung thư vú

giai đoạn II, III ở phụ nữ mạn kinh có tỷ lệ đáp ứng cao và cải thiện sống thêm.

**Từ khóa:** Hóa chất bổ trợ trước, trastuzumab, ung thư vú.

### SUMMARY

**Aims:** To evaluate clinical response and some predictive factors for 3-year survival of adjuvant chemotherapy before stage II,III breast cancer in postmenopausal women.

**Subjects and methods:** The study was conducted on 50 patients with stage II, III breast cancer in neoadjuvant chemotherapy alone or in combination with trastuzumab. Evaluation of clinical response according to RECIST 1.1, assessment of 3-year survival according to Kaplan meier method.

**Results:** The rate of total response was 26% complete response, partial response (70%), stable disease in 2 cases (4%). The overall 3-year survival rate was 95.5%, the 3-year survival rate without metastasis was 95.5%. The 3-year survival rate of the complete response group was 100%, partial response (96.9%), stable disease (50%). The difference was statistically significant ( $p = 0.004$ ).

**Conclusion:** Neoadjuvant chemotherapy alone or in combination with trastuzumab in postmenopausal patients with stage II, III breast cancer has a high response rate and

Chịu trách nhiệm: Ngô Trường Sơn  
Email: ngotruongsonna10@gmail.com  
Ngày nhận: 02/8/2021  
Ngày phản biện: 26/8/2021  
Ngày duyệt bài: 13/9/2021