

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ viêm mủ nội nhãn sau chấn thương nhãn cầu hở trong nghiên cứu của chúng tôi là 4%. Nghiên cứu cho thấy, sử dụng kháng sinh tra tại chỗ Levofloxacin 1.5% (không tiêm kháng sinh nội nhãn) là biện pháp ít hiệu quả trong dự phòng viêm mủ nội nhãn sau chấn thương nhãn cầu hở. Tỷ lệ viêm mủ nội nhãn ở bệnh nhân có chấn thương nhãn cầu hở được điều trị dự phòng bằng dung dịch tra tại chỗ Levofloxacin 1.5% cao hơn so với tỉ lệ viêm mủ nội nhãn ở các nghiên cứu dự phòng với kháng sinh tiêm nội nhãn.

Bệnh nguyên thường gặp trong viêm mủ nội nhãn sau chấn thương nhãn cầu hở là vi khuẩn gram (+).

Các yếu tố nguy cơ viêm mủ nội nhãn sau chấn thương nhãn cầu hở trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm dị vật nội nhãn, đục võ thể thủy tinh, chấn thương ở vùng nông thôn, có >=3 yếu tố nguy cơ và chấn thương ở vị trí Zone I. Các yếu tố không ảnh hưởng tới tỉ lệ viêm mủ nội nhãn trong nghiên cứu của chúng tôi là thời gian từ lúc chấn thương tới lúc đóng vết thương và kích thước của vết thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dehghani AR, Rezaei L, Salam H, Mohammadi Z, Mahboubi M. Post Traumatic Endophthalmitis:

Incidence and Risk Factors. Glob J Health Sci. 2014;6(6):68-72. doi:10.5539/gjhs.v6n6p68

2. Dimacali VG, Lim Bon Siong R. Infectious endophthalmitis at a Philippine tertiary hospital: a ten-year retrospective study. J Ophthalmic Inflamm Infect. 2020;10:19. doi:10.1186/s12348-020-00208-0
3. Ngô Thị Hồng Thắm. Đánh Giá Hiệu Quả Của Tiêm Kháng Sinh Nội Nhãn Trong Dự Phòng Viêm Mủ Nội Nhãn Sau Vết Thương Xuyên Nhãn Cầu. Luận văn Thạc sỹ y học. Đại học Y Hà Nội; 2008.
4. Soheilian M, Rafati N, Mohebbi MR, et al. Prophylaxis of acute posttraumatic bacterial endophthalmitis: a multicenter, randomized clinical trial of intraocular antibiotic injection, report 2. Arch Ophthalmol Chic Ill 1960. 2007;125(4):460-465. doi:10.1001/archophth.125.4.460
5. Narang S, Gupta V, Gupta A, Dogra MR, Pandav SS, Das S. Role of Prophylactic Intravitreal Antibiotic in Open Globe Injuries. Indian J Ophthalmol. 2003;51(1):39-44.
6. Bhagat N, Nagori S, Zarbin M. Post-traumatic Infectious Endophthalmitis. Surv Ophthalmol. 2011;56(3):214-251. doi:10.1016/j.survophthal.2010.09.002
7. Watanachai N, Choovuthayakorn J, Chokesuwattanaskul S, et al. Risk factors and outcomes of post-traumatic endophthalmitis: a retrospective single-center study. J Ophthalmic Inflamm Infect. 2021;11:22. doi:10.1186/s12348-021-00254-2
8. Bohrani Sefidan B, Tabatabaei SA, Soleimani M, et al. Epidemiological characteristics and prognostic factors of post-traumatic endophthalmitis. J Int Med Res. 2022; 50(2): 03000605211070754. doi:10.1177/03000605211070754

KHẢO SÁT VÀ ĐỊNH DANH KHÁNG THỂ BẤT THƯỜNG Ở NHỮNG SẢN PHỤ CÓ TIỀN CẢN SẴY THAI

Đặng Thị Kim Chi¹, Lê Kim Bá Liêm², Phạm Nguyễn Hữu Phúc²,
Phạm Nguyễn Huân², Hoàng Thị Thanh Thảo²,
Đặng Ngọc Yến Dung², Võ Minh Tuấn¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Có nhiều nguyên nhân dẫn đến sảy thai như bất thường nhiễm sắc thể, bệnh tự miễn, ... trong đó có do kháng thể bất thường (KTBT), là nguyên nhân hàng đầu gây tán huyết thai nhi và trẻ sơ sinh. Sàng lọc KTBT có ý nghĩa trong kiểm soát kết cục thai kỳ tuy nhiên hiện nay chưa có báo cáo về tỷ lệ KTBT trên thai phụ tại Việt Nam. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ KTBT ở thai phụ tại bệnh viện

Hùng Vương từ tháng 2/2022 đến tháng 8/2022.

Phương pháp nghiên cứu: Phụ nữ mang thai đồng ý tham gia nghiên cứu cho xét nghiệm trước sinh tại phòng khám thai đơn trung tâm được chia thành hai nhóm. Nhóm chứng gồm những phụ nữ chưa từng có tiền căn sảy thai. Nhóm còn lại là nhóm bệnh gồm những phụ nữ có tiền căn sảy thai. Tất cả thai phụ tham gia nghiên cứu được sàng lọc KTBT. Những người có kết quả dương tính với KTBT được thực hiện xét nghiệm định danh kháng thể. **Kết quả:** Tỷ lệ KTBT là 0,59% (3/507). Tỷ lệ KTBT ở sản phụ có tiền căn sảy thai là 0,59% (2/338). Tỷ lệ kháng thể bất thường ở sản phụ không có tiền căn sảy thai là 0,59% (1/169). Kiểu xuất hiện KTBT kết hợp nhiều kháng thể chiếm đa số (66,67%), trong đó các kháng thể được phát hiện là: Anti E (20%), Anti M (20%), Anti Le^a (20%), Anti K (20%). **Kết luận:** Sàng lọc KTBT cho tất cả thai phụ như các nước phương Tây có thể không áp dụng tại Việt Nam do áp lực về chi phí xét nghiệm và tỷ

¹Đại học Y Dược TP.HCM

²Bệnh viện Hùng Vương

Chịu trách nhiệm chính: Võ Minh Tuấn

Email: vominhhtuan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.9.2022

Ngày duyệt bài: 20.9.2022

lệ xuất hiện KTBT khá thấp. Do đó chúng tôi chỉ đề xuất thực hiện sàng lọc KTBT trên các đối tượng thai phụ có tiền căn sản khoa như sảy thai, từng mang thai 2 lần trở lên, tiền sử có con sinh ra bị thiếu máu, vàng da sau sinh và thai phụ từng truyền máu.

Từ Khóa: Sàng lọc kháng thể bất thường, định danh kháng thể bất thường

SUMMARY

UNEXPECTED ANTIBODY SCREENING AND IDENTIFICATION IN PREGNANT WOMEN WITH HISTORY OF MISCARRIAGE

Background: There are many causes for miscarriage such as chromosomal abnormalities, autoimmune diseases, etc... One of which is due to unexpected antibodies, which is the leading cause for hemolytic disease of fetus and newborn. Unexpected antibody screening serves to manage pregnancy outcome but there has not been any research on the rate of unexpected antibody in pregnant women in Vietnam. **Objective:** The aim of the study is to determine the rate of unexpected antibodies in pregnant women at Hung Vuong hospital from February 2022 to August 2022. **Methods:** Pregnant women consented to participate in the study for prenatal testing at an obstetrics clinic in a single center were divided into two groups. One is a control group, which contains patients who do not have any previous miscarriage. The other group is the cases group which contains women who had previous miscarriage. All pregnant women participating in the study underwent irregular antibody screening. Those who screened positive for irregular antibodies were tested with antibody identification. **Result:** The prevalence of unexpected antibody is 0,59% (3/507). The prevalence of unexpected antibody in pregnant women who had previous miscarriage is 0,59% (2/338). The prevalence of unexpected antibody in control group is 0,59% (1/169). Multiple types of unexpected antibody accounted for 66,67% of positive unexpected antibody screening cases and the found antibodies are Anti E, Anti M, Anti Le^a, Anti K. **Conclusion:** Unexpected antibody screening for all pregnant women following Western countries' policy can not be applied to Vietnam due to cost and the prevalence of unexpected antibody. Therefore, we propose unexpected antibody screening for pregnant women who is multigravida or had previous history of miscarriage, hemolytic disease of fetus and newborn, previous hyperbilirubinemia newborn, blood transfusion.

Key words: unexpected antibody screening, unexpected antibody identification

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mang thai là một hành trình hạnh phúc nhưng cũng đầy thử thách trong cuộc đời người phụ nữ, đặc biệt là ở những thai phụ từng sảy thai. Vì vậy mong muốn cuối cùng của thai phụ là có một thai kỳ và sinh con khỏe mạnh. Tuy nhiên có những nguyên nhân cản trở việc này, một trong số đó có bệnh lý thiếu máu tán huyết thai nhi (HDNF) từ sự xuất hiện của kháng thể bất thường do bất đồng nhóm máu mẹ con, khiến

thai nhi bị thiếu máu gây vàng da sơ sinh, nặng có thể dẫn đến bào thai bị sảy, tử vong trong quá trình chu sinh [4].

Sàng lọc kháng thể bất thường là tìm những kháng thể chống các kháng nguyên hồng cầu không thường xuyên. Đây là một trong những xét nghiệm được chỉ định thực hiện trong theo dõi thai kỳ đối với tất cả thai phụ ở một số nước phát triển phương Tây, tuy nhiên tại Việt Nam việc sàng lọc KTBT cho thai phụ là không phổ biến.

Đồng thời tại Việt Nam, cho đến nay chưa có công trình nghiên cứu nào khảo sát KTBT ở thai phụ nói chung và thai phụ có tiền căn sảy thai nói riêng vì vậy tỷ lệ xuất hiện các KTBT ở thai phụ tại nước ta cụ thể tại thành phố Hồ Chí Minh là chưa được báo cáo. Chính vì những lí do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "*Khảo sát và định danh KTBT ở những sản phụ có tiền căn sảy thai*" để trả lời câu hỏi "tỷ lệ KTBT ở thai phụ có tiền căn sảy thai có khác biệt so với thai phụ bình thường hay không?" với các mục tiêu:

1. Xác định tên và tỷ lệ các KTBT xuất hiện ở những thai phụ trong dân số chọn mẫu
2. So sánh tỷ lệ KTBT giữa 2 nhóm thai phụ có và không có tiền căn sảy thai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phụ nữ đang mang thai đến khám 3 tháng đầu thai kỳ tại bệnh viện Hùng Vương từ tháng 2/2022 đến tháng 8/2022 trong thời gian nghiên cứu đủ tiêu chuẩn chọn mẫu và đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Được chia thành 2 nhóm: nhóm bệnh và nhóm chứng.

Tiêu chuẩn nhận vào

Nhóm bệnh: Phụ nữ đang mang thai dưới 14 tuần có tiền căn sảy thai.

Định nghĩa sảy thai: Là hiện tượng kết thúc thai nghén trước khi thai có thể sống được. Với khái niệm này, sảy thai được định nghĩa là trường hợp thai bị tống ra khỏi buồng tử cung trước 22 tuần hay cân nặng của thai dưới 500g. Tiêu chuẩn chẩn đoán sảy thai [1]:

- Lâm sàng: Có thai (chậm kinh, nghén) đau bụng, ra máu âm đạo, khám cổ tử cung đã mở phần dưới tử cung.

- Cận lâm sàng: Beta hCG dương tính. Siêu âm có hình ảnh túi ối trong buồng tử cung, có tim phôi và tim thai.

Nhóm chứng: Phụ nữ đang mang thai dưới 14 tuần không có tiền căn sảy thai

Cả hai nhóm thai phụ đều thỏa các điều kiện sau: Từ đủ 18 tuổi trở lên, nhớ rõ ngày kinh cuối hoặc được siêu âm để xác định tuổi thai, có lấy máu xét nghiệm và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Thai phụ từng nạo phá thai.
- Thai phụ bị hạn chế về sức khỏe và tâm lý (kiếm thính, tâm thần).
- Mẫu máu bị tán huyết, không đủ thể tích.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu bệnh – chứng tỷ lệ 1:2

Cỡ mẫu tính theo công thức:

$$n_1 = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}}\sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta}\sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)})^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

$$n_2 = R \times n_1 \quad p = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

Tỷ lệ nhóm chứng: nhóm bệnh =1:2, R=2

Hiện nay tại Việt Nam chưa có công trình nghiên cứu cụ thể nào trên đối tượng là thai phụ nên chúng tôi ước lượng tỷ lệ KTBT ở thai phụ không tiền căn sảy thai bằng với tỷ lệ KTBT ở dân số người bình thường (người hiến máu) là 0,5% theo nghiên cứu Trương Anh Dũng [5], $p_2 = 0,005$. Chúng tôi đặt giả thiết tỷ lệ KTBT ở phụ nữ tiền căn sảy thai cao hơn 10 lần so với thai phụ không tiền căn sảy thai, $p_1 = 0,05$. Mẫu nghiên cứu là $n_1 = 169$, $n_2 = 338$.

Phương pháp lấy mẫu, biến số chính: Từ tháng 2/2022 - 08/2022 các thai phụ dưới 14 tuần đến khám thai tại Khoa Khám và có chỉ định làm xét nghiệm máu tại Khoa Xét nghiệm BV Hùng Vương đủ tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ đều được mời tham gia nghiên cứu. Khi phát hiện 1 ca thai phụ có tiền căn sảy thai sẽ mời 2 thai phụ kế tiếp không có tiền căn sảy thai theo tiêu chuẩn chọn mẫu. Nếu thai phụ đồng ý tham gia nghiên cứu thì chúng tôi sẽ đưa thai phụ ký bản đồng thuận tham gia nghiên cứu và thực hiện phỏng vấn bằng bảng câu hỏi.

Mẫu xét nghiệm: Mẫu máu còn dư sau khi

Bảng 1: Tỷ lệ KTBT của mẫu nghiên cứu

Kháng thể bất thường	Số người (n=507)	Tỷ lệ (%)	Khoảng tin cậy 95%
Am tính	504	99,41	0,0012 – 0,01719
Dương tính	3	0,59	

Nhận xét: Có 3/507 trường hợp có xét nghiệm sàng lọc KTBT dương tính (0,59%) với KTC 95% (0,0012 – 0,01719). Sau đó chúng tôi tiếp tục tiến hành định danh KTBT đối với các trường hợp này.

Bảng 2: KTBT đường định danh trong nghiên cứu

Nhóm máu	Tên kháng thể	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Rh	Anti E	1	20
Lewis	Anti Le ^a	1	20
MNS	Anti M	1	20
Kell	Anti K	1	20
Không xác định	Không xác định	1	20
Tổng		6	100

Nhận xét: Các kháng thể phân bố đều vào các nhóm máu Rh, MNS, Kell, Lewis.

thực hiện các xét nghiệm tiền sản sẽ được tiến hành ly tâm, tách huyết thanh và bảo quản ở -20°C cho đến khi tiến hành xét nghiệm.

Kỹ thuật: Xét nghiệm sàng lọc và định danh KTBT được tiến hành trên hệ thống máy xét nghiệm tự động tự động Erytra Eflexis và hóa chất của hãng Diagnostic Grifols. Huyết thanh thai phụ được sàng lọc kháng thể bằng dàn hồng cầu sàng lọc gồm 3 hồng cầu mẫu Serascan Diana, nếu kết quả sàng lọc dương tính sẽ định danh kháng thể bằng dàn hồng cầu với 11 hồng cầu mẫu Identisera Diana. Thực hiện nội kiểm bằng bộ bộ chứng Extended IV Control gồm 2 chứng dương và 2 chứng âm mỗi khi thực hiện sàng lọc và định danh KTBT.

Chi phí hóa chất xét nghiệm sàng lọc và định danh KTBT được công ty TNHH Minh Tâm tài trợ.

Biến số chính trong nghiên cứu: tỷ lệ và tên KTBT.

Thu thập và xử lý số liệu. Sau khi thu thập số liệu, chúng tôi tiến hành tổng hợp, phân tích, xử lý số liệu và viết báo cáo. Các số liệu sẽ được nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 14.0. Tính tỷ lệ KTBT và sử dụng kiểm định Fisher để so sánh với mức ý nghĩa $p < 0,05$ cho các biến số.

Giấy phép Y đức. Nghiên cứu này được

Chấp thuận của Hội đồng Đạo Đức trong nghiên cứu y sinh học bệnh viện Hùng Vương theo Quyết định 695/HĐĐĐ-BVHV ngày 21/2/2022 và Quyết định cho phép tiến hành đề tài nghiên cứu khoa học của Ban Giám đốc bệnh viện Hùng Vương theo 696/QĐ-BVHV ngày 21/2/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận có 169 ca (nhóm bệnh) và 338 ca (nhóm chứng) theo tiêu chuẩn chọn mẫu.

Tỷ lệ xuất hiện KTBT

Bảng 3: Các loại KTBT và kiểu xuất hiện

Kiểu xuất hiện	Tên kháng thể	Số mẫu (n=3)	Tỷ lệ (%)
Đơn lẻ	Anti Le ^a	1	33,33
≥2 Loại	Anti M và Anti K	1	66,67
	Anti E và 1 loại KT chưa xác định	1	

Nhận xét: Có 1/3 mẫu KTBT dương tính có 1 loại kháng thể xuất hiện đơn lẻ, 2/3 mẫu dương tính phát hiện nhiều loại kháng thể.

So sánh tỷ lệ KTBT ở nhóm thai phụ có tiền căn sảy thai và không có tiền căn sảy thai

Bảng 4: Tỷ lệ KTBT ở nhóm bệnh – nhóm chứng

Kháng thể bất thường	Nhóm bệnh		Nhóm chứng		P*
	Số người (n=338)	Tỷ lệ (%)	Số người (n=169)	Tỷ lệ (%)	
Âm tính	336	99,41	168	99,41	0,705
Dương tính	2	0,59	1	0,59	

* Fisher's exact

Nhận xét: Trong 338 mẫu huyết thanh của thai phụ nhóm chứng có 2 mẫu dương tính với tỷ lệ 0,59%. Trong 169 mẫu huyết thanh của thai phụ nhóm bệnh có 1 mẫu dương tính với tỷ lệ 0,59%. Qua kiểm định Fisher cho bảng này, chúng tôi nhận thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$. Tỷ lệ KTBT trong nhóm bệnh và nhóm chứng tương đương nhau.

Phân tích các yếu tố liên quan

Bảng 5: Khảo sát các yếu tố liên quan với sự xuất hiện của KTBT ở nhóm nghiên cứu

Các yếu tố	KTBT âm tính n=304 (%)	KTBT dương tính n=3 (%)	P*
Tuổi thai: <10 tuần	130 (25,79)	1 (33,33)	0,593
10-13 tuần	374 (74,21)	2 (66,67)	
Số lần mang thai: 1 lần	212 (42,06)	0 (0,00)	0,196
≥ 2 lần	292 (57,94)	3 (100,00)	
Tiền sử truyền máu: Không	499 (99,01)	3 (100,0)	0,971
Có	5 (0,99)	0 (0,00)	

* Fisher's exact

Nhận xét: Chúng tôi nhận thấy không có tìm thấy mối liên hệ giữa có KTBT với các đặc điểm mang thai lần này và tiền sử truyền máu, cụ thể như sau: KTBT được phát hiện ở thai phụ mang thai từ 10-13 tuần nhiều gấp đôi ở thai phụ khi mang thai dưới 10 tuần; tất cả thai phụ có KTBT mang thai từ 2 lần trở lên và không có tiền sử truyền máu. Tuy nhiên sự khác biệt này đều không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ kháng thể bất thường. Trong 507 thai phụ được sàng lọc KTBT, 3 thai phụ có KTBT với tỷ lệ 0,59%. Dưới đây là bảng kết quả tỷ lệ

KTBT trong nghiên cứu của chúng tôi so với một số tác giả có cùng đối tượng nghiên cứu là thai phụ và một số tác giả trong nước với các đối tượng nghiên cứu khác.

Bảng 6: Tỷ lệ KTBT ở thai phụ qua các nghiên cứu khác

Tác giả	Thời gian	Địa điểm nghiên cứu	Tỷ lệ (%)
Solves P [9]	2017	Tây Ban Nha	0,63
Raguz MJ [7]	2020	An Độ	1,02
Saboore M [8]	2021	Pakistan	2,8
Chúng tôi	2022	BV Hùng Vương, TP.HCM, Việt Nam	0,59

Bảng 7: Tỷ lệ KTBT ở các đối tượng khác trong các nghiên cứu tại Việt Nam

Tác giả	Thời gian	Đối tượng nghiên cứu	Địa điểm nghiên cứu	Tỷ lệ (%)
Đào Thanh Nga [2]	2015	BN trước phẫu thuật	Hà Nội	0,65
Trương Anh Dũng [5]	2017	Người hiến máu	Đông Nam Bộ	0,55
Nguyễn Long Quốc [3]	2017	BN Thalassemia	Cần Thơ	16,6
Chúng tôi	2022	Thai phụ	BV Hùng Vương, TP.HCM	0,59

Tỷ lệ KTBT ở phụ nữ mang thai được báo cáo trong các nghiên cứu khác nhau như được trình bày trong Bảng 6 dao động từ 0,63 – 2,8%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ lưu hành KTBT là 0,59% và phù hợp với tỷ lệ hiện mắc được báo cáo của Solves và cộng sự tại

Tây Ban Nha (0,63%) với tỷ lệ KTBT dưới 1%. Tỷ lệ KTBT trên đối tượng thai phụ ở nghiên cứu chúng tôi tương đồng tỷ lệ KTBT ở đối tượng là người hiến máu như nghiên cứu của Trương Anh Dũng (0,55%) và đối tượng bệnh nhân trước phẫu thuật của Đào Thị Nga (0,65%) và thấp hơn nhiều so với đối tượng truyền máu nhiều lần như bệnh nhân Thalassemia ở nghiên cứu của tác giả Nguyễn Long Quốc được trình bày ở Bảng 7.

Phân bố loại KTBT theo hệ nhóm máu thì chúng tôi không ghi nhận sự khác nhau về phân bố của các kháng thể này. Đặc biệt trong nghiên cứu chúng tôi có sự xuất hiện của kháng thể K của nhóm máu Kell, đây là loại kháng thể không thường xuyên xuất hiện tại Việt Nam qua các nghiên cứu khác, kháng thể K là một trong nguyên nhân gây bệnh lý HDNF chỉ sau kháng thể D của nhóm máu Rh. Tỷ lệ các nhóm máu trên trong nghiên cứu này đều có tỷ lệ là 20%. Tất cả các trường hợp có KTBT đều phản ứng ở điều kiện 37°C đều này chứng tỏ những kháng thể này mang bản chất IgG, có thể đi qua màng nhau thai và có ý nghĩa lâm sàng trong bệnh lý tán huyết thai nhi và trong truyền máu.

Sự hiện diện của nhiều hơn 1 kháng thể có liên quan đến nguy cơ mắc HDNF đáng kể cao hơn so với những người có một kháng thể đơn lẻ, đặc biệt nếu có mặt kháng thể D [6]. Trong nghiên cứu chúng tôi không có kiểu phối hợp giữa kháng thể D và 1 loại kháng thể khác, tuy nhiên tỷ lệ trường hợp kết hợp nhiều kháng thể ở nghiên cứu chúng tôi cao so với nghiên cứu của tác giả Solves và tác giả Nguyễn Long Quốc.

So sánh tỷ lệ KTBT ở nhóm thai phụ có tiền căn sảy thai và không có tiền căn sảy thai. Qua nghiên cứu chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt giữa tỷ lệ KTBT ở nhóm thai phụ có tiền căn sảy thai với nhóm thai phụ không có tiền căn sảy thai. Tuy nhiên ở nghiên cứu chúng tôi số trường hợp thai phụ có KTBT khá ít, không đủ năng lực để khảo sát sự khác biệt này, nên cần có nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn khảo sát để khảo sát mối liên quan này.

Phân tích sự xuất hiện KTBT và các yếu tố liên quan. Thai phụ tham gia nghiên cứu được khảo sát ở những tuần thai của 3 tháng đầu thai kỳ, giúp chúng tôi xem xét khả năng tìm thấy KTBT ở các giai đoạn trong quý đầu thai kỳ này. Kết quả nghiên cứu KTBT tìm thấy ở thai phụ lấy máu ở giai đoạn sớm cụ thể ở tuần thai thứ 8 sau khi có tim thai và ở tuần 12 cuối tam cá nguyệt thứ nhất. Kết quả chúng tôi ghi nhận cũng phù hợp với Hướng dẫn phân nhóm máu và xét nghiệm kháng thể hồng cầu trong thai kỳ của

Ủy ban Tiêu chuẩn về Huyết học Anh việc sàng lọc KTBT cho thai phụ nên thực hiện ở lý tưởng nhất là ở tuổi thai 8-12 tuần [10].

Số lần mang thai được đưa vào là một yếu tố nguy cơ gia tăng xuất hiện KTBT dựa cơ chế xuất hiện KTBT khi thai phụ càng mang thai nhiều lần càng gia tăng cơ hội cơ thể gặp các kháng nguyên nhóm máu khác nhóm máu của thai phụ tử thai nhi. Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tất cả các trường hợp có KTBT đều mang thai từ 2 lần trở lên. Có 3 trong 292 phụ nữ mang thai từ hai lần trở lên có KTBT với tỷ lệ là 1,02%. Kết quả này của chúng tôi thấp hơn một nửa so với nghiên cứu của tác giả Saboor [8] khảo sát trên đối tượng phụ nữ mang thai từ 2 lần trở lên chưa từng truyền máu với tỷ lệ là 2,8%, tác giả này cũng đề xuất rằng các nghiên cứu nên được thực hiện từ lần mang thai đầu tiên đến lần thứ 5 vì cơ hội phát triển các kháng thể kháng thể tăng lên cùng với sự gia tăng số lứa đẻ cho đến lần mang thai thứ 5.

Truyền máu là một yếu tố khiến cho cơ thể có cơ hội tiếp xúc với các kháng nguyên hồng cầu khác, nghiên cứu tác giả Nguyễn Long Quốc[3] thì tỷ lệ KTBT bệnh nhân Thalassemia từng truyền máu trên 5 lần so với bệnh nhân Thalassemia truyền máu dưới 5 lần tăng từ 0% lên đến 33,3%. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng khảo sát yếu tố truyền máu với sự xuất hiện KTBT kết quả cho thấy đa số thai phụ số lần truyền máu rất thấp và tất cả thai phụ này đều không có hiện diện KTBT. Tuy nhiên kết quả này không mâu thuẫn với các nghiên cứu của các tác giả trên vì nghiên cứu chúng tôi có 5 thai phụ từng truyền máu và chỉ truyền máu 1 lần duy nhất.

Hạn chế đề tài. Đây là nghiên cứu bệnh chứng có sử dụng thu thập thông tin trong quá khứ của thai phụ nên sai lệch thông tin, đặc biệt là sai lệch hồi tưởng là không thể tránh khỏi. Ngoài ra, năng lực mẫu không đủ lớn khi khảo sát yếu tố liên quan đến sự xuất hiện KTBT.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ KTBT ở thai phụ tại bệnh viện Hùng Vương là 0,59% thấp hơn các báo cáo trên thế. Việc xác định tỷ lệ KTBT ở thai phụ mang lại cái nhìn rõ ràng hơn về tình hình các kháng thể kháng lại nhóm máu hồng cầu ở thai phụ, góp phần hỗ trợ công tác dự phòng tác động của các loại kháng thể này đến thai phụ, thai nhi và trẻ sơ sinh.

Việc sàng lọc KTBT cho tất cả thai phụ như các nước phương Tây có thể không áp dụng tại

Việt Nam do áp lực về chi phí xét nghiệm và tỷ lệ xuất hiện KTBĐT khá thấp. Do đó chúng tôi đề xuất thực hiện sàng lọc KTBĐT trên các đối tượng thai phụ có tiền căn sản khoa như sảy thai, từng mang thai 2 lần trở lên, tiền sử có con sinh ra bị thiếu máu, vàng da sau sinh và thai phụ từng truyền máu.

Qua nghiên cứu chúng tôi cũng nhận thấy rằng, để xét nghiệm sàng lọc KTBĐT ở thai phụ đạt hiệu quả cần thiết có những hướng dẫn theo dõi quản lý những trường hợp có KTBĐT từ sự phối hợp của các chuyên gia, cơ quan thẩm quyền.

LỜI CẢM ƠN. Nhóm nghiên cứu xin chân thành cảm ơn đến lãnh đạo bệnh viện Hùng Vương và công ty TNHH thiết bị Minh Tâm đã hỗ trợ chúng tôi trong quá trình thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2015)**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, tr. 7-12.
2. **Đào Thị Thanh Nga, Lê Ngọc Linh, Lương Thị Anh (2015)**, "Nghiên cứu sàng lọc kháng thể bất thường ở bệnh nhân trước phẫu thuật tại Trung tâm Tim mạch bệnh viện E Từ tháng 7 năm 2013 đến tháng 8 năm 2014", *Phẫu thuật tim mạch và lồng ngực Việt Nam*, 10, tr. 40-44.
3. **Nguyễn Long Quốc, Lê Thị Hoàng Mỹ (2017)**, "Bước đầu sàng lọc và định danh kháng thể bất thường kháng hồng cầu ở bệnh nhân Thalassemia

có truyền máu", *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 8, tr. 159-164.

4. **Trần Văn Bé (1999)**, *Huyết Học Lâm Sàng*, Nhà xuất bản Y Học TP.HCM, tr. 318-324.
5. **Trương Anh Dũng (2017)**, Khảo sát và định danh kháng thể bất thường ở những người cho máu tình nguyện khu vực Đông Nam bộ tại bệnh viện Chợ Rẫy, Luận án tốt nghiệp Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược TP.HCM.
6. **Nordvall M, Dziegiel M, Hegaard H K, Bidstrup M, Jonsbo F, Christensen B, Hedegaard M (2009)**, "Red blood cell antibodies in pregnancy and their clinical consequences: synergistic effects of multiple specificities", *Transfusion*, 49(10), pp. 2070-5.
7. **Raguz J, Prce Z, Bjelanovic V, Bjelanovic I, Dzida S, Mabic M (2020)**, "20 Years of Follow-up Alloimmunization and Hemolytic Disease in Newborn: Has Anything Changed in the Field Over the Years?", *Klin Padiatr*, 232(6), pp. 314-320.
8. **Saboor M, Ahmed S (2021)**, "Prevalence and Specificity of Red Cell Alloantibodies in Un-Transfused Multiparous Women", *Clinical laboratory*, 1, pp. 67-71.
9. **Solves P, Seguí IG, Guinot M, Saus A, et al (2017)**, "Prevalence of Red Blood Cell Alloantibodies in Pregnant Women and Hemolytic Disease of Newborn in a Tertiary Care Hospital", *ARC Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2(2), pp. 18-23.
10. **White J, Qureshi H, Massey E, Needs M, Byrne G, Daniels G, Allard S (2016)**, "Guideline for blood grouping and red cell antibody testing in pregnancy", *Transfus Med*, 26(4), pp. 246-63.

KẾT HỢP THANG ĐIỂM SPESI VÀ CRP-HS TRONG TIÊN LƯỢNG TỬ VONG 30 NGÀY TRÊN BỆNH NHÂN TẮC ĐỘNG MẠCH PHỔI CẤP

Trần Văn Cường¹, Nguyễn Duy Linh², Phan Nguyễn Đại Nghĩa¹, Hoàng Bùi Hải¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định giá trị tiên lượng tử vong ở ngày thứ 30 trên bệnh nhân tắc động mạch phổi cấp theo thang điểm sPESI, nồng độ CRP-hs và kết hợp hai thông số. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thực hiện trên 162 bệnh nhân chẩn đoán tắc động mạch phổi cấp bằng cắt lớp vi tính đa dãy động mạch phổi có tiêm thuốc cản quang với 27 ca tử vong trong 30 ngày (16.67%). **Kết quả:** Giá trị tiên lượng độc lập thang điểm sPESI và nồng độ CRP-hs ở mức trung bình với AUC lần lượt là 0.74 và 0.65 với độ đặc hiệu và giá trị chẩn đoán dương tính thấp. Khi đánh giá đồng thời sPESI và CRP-hs không chỉ cải thiện độ đặc hiệu

(93.3%) mà còn cải thiện giá trị tiên lượng tử vong (57.15%) trên nhóm đối tượng tắc động mạch phổi.

Từ khóa: Tắc động mạch phổi, thang điểm sPESI, nồng độ CRP-hs, tử vong trong 30 ngày.

SUMMARY

THE VALUE OF SPESI INDEX AND CRP-HS IN PREDICTING MORTALITY ON THE 30TH DAY OF PATIENTS WITH PULMONARY EMBOLISM (PE)

Objective: The purpose of this study was to indicate the value of sPESI index and CRP-hs in predicting mortality on the 30th day of patients with pulmonary embolism (PE). **Methods:** 162 patients were diagnosed with pulmonary embolism by multislice computed tomography (MSCT) pulmonary artery with contrast-enhanced with 27 mortality (16.67%) in 30 days. **Results:** The independence value of sPESI index and CRP-hs were moderate with AUC 0.74 and 0.65 respectively included the low specificity and mortality predictive value. When using 2 criteria simultaneously, sPESI and CRP-hs was not

¹Trường Đại học Y Hà Nội,

²Viện Tim mạch Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Bùi Hải

Email: Hoangbuihai@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 13.9.2000

Ngày duyệt bài: 19.9.2022