

TỶ LỆ BIỂU HIỆN LÂM SÀNG VÀ SINH HỌC TRÊN BỆNH NHÂN LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG CHẨN ĐOÁN THEO TIÊU CHUẨN SLICC 2012

Võ Tam¹, Hoàng Thị Phương Thảo¹, Nguyễn Thị Lộc²

(1) Trường Đại học Y Dược Huế

(2) Bệnh viện Trung Ương Huế.

Tóm Tắt

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ các biểu hiện lâm sàng và sinh học trên bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Những trung tâm cộng tác quốc tế về bệnh lupus hệ thống SLICC 2012. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 55 bệnh nhân được chẩn đoán lupus ban đỏ hệ thống theo tiêu chuẩn của SLICC 2012, điều trị và theo dõi tại khoa Nội Thận - Cơ xương khớp bệnh viện Trung Ương Huế vào thời gian từ tháng 03/2014 đến tháng 04/2015. **Kết quả:** Tỷ lệ biểu hiện lâm sàng: tổn thương da cấp 58,2%; tổn thương da bán cấp 10,9%; tổn thương da mạn 10,9%; loét mũi, miệng 18,2%; rụng tóc không sẹo 60%; viêm bao hoạt dịch khớp 54,5%; viêm màng thanh dịch 32,7%; tổn thương thần kinh 14,6%. Tỷ lệ biểu hiện sinh học: thiếu máu huyết tán 5,5%; giảm bạch cầu $<4.000/mm^3$ 25,5%; giảm bạch cầu lympho $<1.000/mm^3$ 49,1%; giảm tiểu cầu $<100.000/mm^3$ 16,4%; protein niệu $>500mg/24h$ 69,1%; kháng thể kháng nhân dương tính 96,4%; kháng thể anti-dsDNA dương tính 89,1%. **Kết luận:** Trong nhóm nghiên cứu này, các biểu hiện lâm sàng theo tiêu chuẩn chẩn đoán của SLICC 2012 chiếm tỷ lệ cao nhất là rụng tóc không sẹo, tiếp đến là tổn thương da cấp và viêm bao hoạt dịch khớp. Các biểu hiện lâm sàng khác chiếm tỷ lệ thấp hơn như loét mũi miệng, tổn thương thần kinh, tổn thương da mạn. Về biểu hiện sinh học, sự có mặt của kháng thể kháng nhân, kháng thể anti-dsDNA và tổn thương thận với protein niệu $>500mg/24$ giờ là những triệu chứng nổi bật nhất.

Từ khóa: Lupus ban đỏ hệ thống, SLICC 2012.

Abstract

THE RATE OF CLINICAL AND BIOLOGICAL MANIFESTATIONS IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS PATIENTS DIAGNOSED ACCORDING TO THE CRITERIA OF THE SLICC 2012

Võ Tam¹, Hoàng Thị Phương Thảo¹, Nguyễn Thị Lộc²

(1) Hue University of Medicine and Pharmacy

(2) Hue Central Hospital

Aims: Determine the rate of clinical and biological manifestations in Systemic Lupus Erythematosus patients diagnosed according to the criteria of The Systemic Lupus International Collaborating Clinics SLICC 2012. **Patients And Method:** 55 patients were diagnosed with Systemic Lupus Erythematosus according to the criteria of the SLICC 2012, treated and followed up at Department of Nephrology and Rheumatology – Hue Central Hospital from March 2014 to April 2015. **Results:** The clinical manifestations rate: acute cutaneous lupus 58,2%; subacute cutaneous lupus 10,9%; chronic cutaneous lupus 10,9%; oral or nasal ulcers 18,2%; nonscarring alopecia 60%; synovitis 54,5%; serositis 32,7%, neurological damage 14,6%. The biological manifestations rate: hemolytic anemia 5,5%; leukopenia

<4.000/mm³ 25,5%; lymphopenia <1.000/mm³ 49,1%; thrombocytopenia <100.000/mm³ 16,4%; 24-hour urine protein representing >500 mg protein/24 hours 69,1%; ANA positivity 96,4%; anti-dsDNA antibody positivity 89,1%. **Conclusion:** In this study cohort, the clinical manifestations according to the criteria of the SLICC 2012 that have the highest rate are nonscarring alopecia, followed by acute cutaneous lupus and synovitis. The other clinical manifestations with lower rate are oral or nasal ulcers, neurological damage and chronic cutaneous lupus. Regarding biological manifestations, the presence of antinuclear antibodies, anti-dsDNA antibodies and renal damage with proteinuria >500mg/24 hours are the most prominent symptoms.

Key words: *Systemic Lupus Erythematosus, SLICC 2012.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống, hay còn được gọi tắt là lupus (SLE- Systemic Lupus Erythematosus) là một bệnh phổ biến nhất trong các bệnh lý tự miễn, trong đó hệ thống miễn dịch con người tấn công chính những cơ quan và tế bào của cơ thể, làm chúng bị tổn thương và rối loạn chức năng [3], [11].

Trên thế giới, tỷ lệ lưu hành bệnh lupus ban đỏ hệ thống thay đổi khoảng 20-70/100.000 người/năm [24]. Mặc dù tỷ lệ mắc bệnh trong dân số không cao nhưng đây lại là một bệnh lý mạn tính thường gặp ở phụ nữ trẻ trong độ tuổi sinh đẻ, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, khả năng lao động và có thể dẫn đến tử vong do hậu quả nặng nề của bệnh. Mặt khác, các triệu chứng ban đầu của bệnh thường mơ hồ, do đó phải mất nhiều thời gian sau khi bệnh tiến triển và gây tổn thương nhiều cơ quan thì bệnh mới được xác định. Vì vậy, việc chẩn đoán và điều trị sớm là thách thức đặt ra cho người thầy thuốc hiện nay.

Năm 2012, Những trung tâm cộng tác quốc tế về bệnh lupus hệ thống (Systemic Lupus International Collaborating Clinics- viết tắt là SLICC) đã đưa ra tiêu chuẩn mới để chẩn đoán lupus ban đỏ hệ thống gồm có 11 tiêu chuẩn lâm sàng, 6 tiêu chuẩn miễn dịch và tiêu chuẩn sinh thiết thận. Tiêu chuẩn này được đánh giá có độ nhạy cao và cập nhật những kiến thức mới nhất về miễn dịch học hơn so với 11 tiêu chuẩn được sử dụng rộng rãi hiện nay của hội thập học Hoa Kỳ năm 1997 [23]. Tuy nhiên tại Việt Nam vẫn chưa có nhiều công trình nghiên cứu về tiêu chuẩn trên.

Xuất phát từ tính thời sự và cấp thiết của vấn đề, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu xác định tỷ lệ các biểu hiện lâm sàng và sinh học trên bệnh

nhân lupus ban đỏ hệ thống được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Những trung tâm cộng tác quốc tế về bệnh lupus hệ thống SLICC 2012.

2. ĐỐI TƯỢNG PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là 55 bệnh nhân được chẩn đoán lupus ban đỏ hệ thống theo tiêu chuẩn của SLICC 2012, điều trị và theo dõi tại khoa Nội Thận - Cơ xương khớp bệnh viện Trung Ương Huế vào thời gian từ tháng 03/2014 đến tháng 04/2015.

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định SLE theo SLICC 2012 khi có ≥ 4 tiêu chuẩn trong đó có ít nhất 1 tiêu chuẩn lâm sàng và 1 tiêu chuẩn miễn dịch hoặc bệnh thận lupus được chứng minh trên sinh thiết kèm với ANA hoặc anti-dsDNA dương tính.

* Tiêu chuẩn lâm sàng:

1. Lupus da cấp hoặc lupus da bán cấp
2. Lupus da mạn
3. Loét miệng hoặc loét mũi
4. Rụng tóc không sẹo hóa
5. Viêm bao hoạt dịch
6. Viêm màng thanh dịch
7. Thận: Tỷ protein/creatinine niệu (hoặc protein niệu 24 giờ) kết quả 500mg/24 giờ hoặc trụ hồng cầu.
8. Tổn thương thần kinh
9. Thiếu máu huyết tán.
10. Giảm bạch cầu (<4.000/mm³) hoặc giảm bạch cầu lympho (<1.000/mm³) ít nhất một lần.
11. Giảm tiểu cầu (<100.000/mm³) ít nhất một lần.

* Tiêu chuẩn miễn dịch

1. Nồng độ ANA trên giới hạn tham khảo của xét nghiệm.

2. Nồng độ kháng thể Anti-dsDNA trên giới hạn tham khảo của xét nghiệm.

3. Anti-Sm dương tính

4. Kháng thể kháng phospholipid dương tính

5. Giảm bạch cầu (C3, C4, CH50).

6. Test Coombs trực tiếp dương tính (loại trừ thiếu máu tan máu).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang.

Biến số nghiên cứu:

*Các biến số về đặc điểm lâm sàng

- Lupus da cấp

- Lupus da bán cấp

- Lupus da mạn

- Loét miệng hoặc mũi

- Rụng tóc không sẹo hóa

- Viêm bao hoạt dịch khớp

- Viêm màng thanh dịch

- Tổn thương thần kinh

- Thiếu máu tán huyết

* Các biến số về đặc điểm sinh học

- Công thức máu: Hemoglobin, số lượng bạch cầu, bạch cầu lympho, tiểu cầu.

- Nước tiểu: protein niệu/24h.

- ANA và anti-dsDNA.

Phương pháp xử lý số liệu: Các số liệu thu thập được xử lý theo thuật toán thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 16.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $33,2 \pm 11,4$. Nhóm tuổi thường gặp nhất là 15-30, chiếm 50,9%. Nữ chiếm tỷ lệ đa số với 94,5% và tỷ lệ nữ/nam là 17/1.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu theo tiêu chuẩn chẩn đoán SLICC 2012

Bảng 3.1. Phân bố biểu hiện lâm sàng theo tiêu chuẩn SLICC 2012

Biểu hiện lâm sàng	n	Tỷ lệ %
Tổn thương da cấp	32	58,2
- Ban cánh bướm	25	45,5
- Ban lupus dạng dát sần	6	10,9
- Ban lupus nhạy cảm ánh sáng	22	40,0
Tổn thương da bán cấp	6	10,9
Tổn thương da mạn	6	10,9
- Ban dạng đĩa cổ điển	4	7,3
- Viêm mô mỡ dưới da	2	3,6
Loét mũi miệng	10	18,2
Rụng tóc không sẹo	33	60,0
Viêm bao hoạt dịch khớp	30	54,5
Viêm màng thanh dịch	18	32,7
- Màng phổi	14	25,5
- Màng tim	10	18,2
Tổn thương thần kinh	8	14,6
- Co giật	5	9,1
- Rối loạn tâm thần	3	5,5

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu này, các biểu hiện lâm sàng theo tiêu chuẩn chẩn đoán của SLICC 2012 chiếm tỷ lệ cao nhất là rụng tóc không sẹo (60,0%), tiếp đến là tổn thương da cấp (58,2%), viêm bao hoạt dịch khớp (54,5%), viêm màng thanh dịch (32,7%). Các biểu hiện lâm sàng khác chiếm tỷ lệ thấp hơn như loét mũi miệng (18,2%), tổn thương thần kinh (14,6%), tổn thương da mạn (10,9%).

3.3. Đặc điểm sinh học của nhóm nghiên cứu theo tiêu chuẩn chẩn đoán SLICC 2012

3.3.1. Rối loạn huyết học

Bảng 3.2. Rối loạn huyết học

Rối loạn huyết học	n	Tỷ lệ %
Thiếu máu huyết tán	3	5,5
Bạch cầu < 4.000/mm ³	14	25,5
Bạch cầu lympho < 1.000/mm ³	27	49,1
Tiểu cầu < 100.000/mm ³	9	16,4

Nhận xét: Về rối loạn huyết học, tỷ lệ bệnh nhân biểu hiện thiếu máu huyết tán chiếm tỷ lệ thấp nhất 5,5%. Tỷ lệ số bệnh nhân có giảm bạch cầu và giảm bạch cầu lympho lần lượt là 25,5% và 49,1%. Có 9/55 trường hợp giảm tiểu cầu chiếm 16,4%.

3.3.2. Phân bố protein niệu

Bảng 3.3. Phân bố protein niệu

Protein niệu (mg/24h)	N	Tỷ lệ %
≤ 500	17	30,9
> 500	38	69,1
Tổng	55	100,0

- Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu, số lượng bệnh nhân có nồng độ protein niệu > 500mg/24h cao hơn so với số bệnh nhân có nồng độ protein niệu ≤ 500mg/24h. Với nồng độ protein niệu > 500mg/24h có 38/55 trường hợp, chiếm tỷ lệ 69,1%.

3.3.3. Phân bố ANA và anti-dsDNA

Bảng 3.4. Phân bố ANA và anti-dsDNA

Xét nghiệm	Dương tính			Âm tính	
	n	Tỷ lệ %	$\overline{X} \pm SD$	n	Tỷ lệ %
ANA (tỷ OD)	53	96,4	6,2 ± 4,9	2	3,6
Anti ds-DNA (IU/mL)	49	89,1	321,6 ± 373,3	6	10,9

Nhận xét: Tỷ lệ dương tính ANA là 96,4% trường hợp và tỷ OD trung bình là 6,2 ± 4,9. Có 49/55 trường hợp có anti-dsDNA dương tính chiếm tỷ lệ 89,1% với nồng độ trung bình 321,6 ± 373,3 IU/mL.

4. BÀN LUẬN

- Về biểu hiện lâm sàng

Lupus ban đỏ hệ thống là một bệnh lý tổn thương đa phủ tạng, gây ra do sự sản xuất các kháng thể, đặc biệt là kháng thể kháng nhân và sự lắng đọng phức hợp miễn dịch gây tổn thương ở mô do viêm. Mỗi tế bào, cơ quan đích đặc hiệu cho mỗi loại kháng thể nên sự đa dạng của các tự kháng thể đã tạo ra phổ rộng các biểu hiện trên lâm sàng.

Về lupus da cấp, y văn kinh điển ghi nhận biểu hiện này xuất hiện với tỷ lệ từ 21- 58% trong bệnh SLE [19]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 32/55 trường hợp biểu hiện lupus da cấp chiếm 58,2%, phù hợp với y văn và cũng tương tự với ghi nhận của tác giả Petri M. và cs (65,2%), Ighe A. và cs (65,8%) [21], [23]. Trong các biểu hiện của lupus da cấp, nổi trội nhất vẫn là hồng ban cánh bướm với 45,5%, tương đồng với kết quả một số tác giả như Huỳnh Phan Phúc Linh [9], Grönhagen C.M. [18]. Nhảy cảm ánh sáng cũng cũng là triệu chứng thường gặp của tổn thương lupus da cấp với 40% trong nghiên cứu này, phù hợp với nghiên cứu của Font J. và cs (41%) [17]. Chúng tôi chưa phát hiện được trường hợp nào có các biểu hiện lupus bong nước hay hoại tử da nhiễm độc.

Về lupus da bán cấp, nghiên cứu chúng tôi phát hiện được 6/55 trường hợp có biểu hiện này (10,9%), trong đó 1 trường hợp có tổn thương dạng vòng không sẹo hóa và 5 trường hợp giãn mao mạch. Điều này tương tự kết quả của Hau K.L. với tỷ lệ 9,6%, Grönhagen C.M. với 8% [18], [19].

Về lupus da mạn, trong nghiên cứu biểu hiện này xuất hiện ở 6/55 trường hợp, chiếm tỷ lệ 10,9%. Các nghiên cứu trong nước và nước ngoài khác cũng cho kết quả tương đồng như nghiên cứu của Đinh Thị Hương Trúc (12,2%) [14], Hau K.L. (10,4%) [19]. Ban dạng đĩa là triệu chứng thường gặp nhất trong loại tổn thương này. Tiêu chuẩn mới về lupus da mạn của SLICC 2012 đã bổ sung nhiều dạng tổn thương đặc hiệu của lupus ban đỏ hệ thống như ban lupus dạng hạt mụn, lupus niêm mạc, lupus ban đỏ phù nề hay ban dạng lichen phẳng chồng lên nhau. Tuy nhiên trên thực tế chúng tôi chưa phát hiện được bất kỳ trường hợp

nào có các tổn thương trên trong nghiên cứu. Theo một số tác giả thì đây cũng là các tổn thương hiếm gặp với tỷ lệ 0-1% [22].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 10/55 trường hợp có loét mũi miệng chiếm 18,2%, phổ biến là loét niêm mạc miệng, tương đương với kết quả của Nguyễn Thị Vân với 17,4% [15], Phạm Thị Đào với 16,7% [2]. Vị trí loét phổ biến nhất là khẩu cái cứng và niêm mạc má, không đối xứng 2 bên.

Rụng tóc không sẹo hóa mặc dù không phải là tổn thương đặc hiệu nhưng cũng được đưa vào tiêu chuẩn do nó thể hiện tốt về mặt thông kê và đạt được sự đồng thuận lâm sàng [23]. Nghiên cứu chúng tôi đã ghi nhận có tới 60% trường hợp có biểu hiện trên.

Về viêm bao hoạt dịch, theo kết quả nghiên cứu có 30/55 trường hợp có viêm bao hoạt dịch khớp tương ứng với 54,5%, tương đương với ghi nhận của tác giả Nguyễn Thị Thu Hương và Huỳnh Phan Phúc Linh với tỷ lệ lần lượt là 48,7% và 52,5% [7], [9]. Kết quả này thấp hơn nhiều so với y văn là 76-100% và các nghiên cứu khác như Petri M. (79%), Anic F. (90%) [16], [23]. Điều này có thể giải thích do khi bị sưng đau khớp bệnh nhân đã tự điều trị corticoid hay giảm đau ở nhà nên khi đến với chúng tôi triệu chứng viêm khớp đã giảm đi nhiều.

Về biểu hiện viêm màng thanh dịch (tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng tim), chúng tôi phát hiện có 18/55 bệnh nhân có biểu hiện trên, chiếm tỷ lệ 32,7%, trong đó tràn dịch màng phổi và tràn dịch màng tim chiếm tỷ lệ lần lượt là 25,5% và 18,2%. Tỷ lệ viêm màng thanh dịch này tương tự với một số nghiên cứu của Tạ Thị Hồng Thúy (30,4%) [13], Phạm Huy Thông (29,82%) [12], Grönghagen C.M. (34%) [18]. Tràn dịch chủ yếu được phát hiện chủ yếu qua siêu âm, đặc điểm tràn dịch ở bệnh nhân trong nghiên cứu này là tràn dịch số lượng ít, chưa gây biểu hiện lâm sàng hoặc chỉ gây biểu hiện ở mức độ nhẹ: tức ngực, khó thở nhẹ, ho khi thay đổi tư thế...

Ở nghiên cứu này chúng tôi đã gặp 8/55 bệnh nhân có biểu hiện tổn thương thần kinh, tương ứng 14,6%, trong đó co giật xảy ra với tỷ lệ 9,1% và rối loạn tâm thần là 5,5%. Các nghiên cứu khác

cũng cho kết quả phù hợp như nghiên cứu của Bùi Thị Hà (12,5%), Đinh Thị Hương Trúc (12,2%), Hau K.L. (13,9%) [4], [14], [19]. Mặc dù SLICC đã bổ sung nhiều dạng tổn thương thần kinh khác nhưng trong nghiên cứu này chúng tôi chưa ghi nhận được trường hợp nào có các triệu chứng của phức hợp viêm đa dây thần kinh rải rác, viêm tủy, bệnh thần kinh ngoại biên hay thần kinh sọ, tương tự kết quả nghiên cứu của Huỳnh Phan Phúc Linh [9]. Do cỡ mẫu nhỏ và chỉ là nghiên cứu cắt ngang nên có thể dẫn đến hạn chế trong việc phát hiện các dạng tổn thương đa dạng khác của thần kinh.

- Về biểu hiện sinh học

Rối loạn huyết học là tiêu chuẩn cận lâm sàng quan trọng chẩn đoán SLE. Đó là 1 trong 11 tiêu chuẩn theo ACR (1997) nhưng theo SLICC (2012) thì phân ra thành 3 tiêu chuẩn chẩn đoán riêng biệt gồm có thiếu máu huyết tán, giảm bạch cầu $<4.000/\text{mm}^3$ hoặc giảm bạch cầu lympho $<1.000/\text{mm}^3$, giảm tiểu cầu $<100.000/\text{mm}^3$ [23]. Tỷ lệ thiếu máu tán huyết trong nghiên cứu ghi nhận là 5,5%, tương đương với kết quả của Ighe A. (4,9%), Anic F. (4%) [16], [21]. Trong 55 trường hợp nghiên cứu, tỷ lệ giảm số lượng bạch cầu lympho là 49,1% và giảm bạch cầu là 25,5%, tương tự với nghiên cứu của tác giả Đinh Thị Hương Trúc với tỷ lệ lần lượt là 53,3% và 21,1% [14]. Điều này cũng phù hợp với y văn kinh điển khi giảm bạch cầu máu chủ yếu là do giảm bạch cầu lympho theo cơ chế cơ thể tự sinh kháng thể chống lại tế bào lympho. Đây là 2 tiêu chuẩn về huyết học chẩn đoán SLE có thể đánh giá dễ dàng dựa vào xét nghiệm công thức máu thường quy. Giảm tiểu cầu được định nghĩa khi số lượng tiểu cầu dưới $100.000/\text{mm}^3$ và theo kết quả bảng 3.2, tỷ lệ này chiếm 16,4%, phù hợp với nghiên cứu của Phạm Công Chính (17,15%) [1].

Tổn thương thận trong lupus ban đỏ hệ thống thường xảy ra ở 70-80% trường hợp và xuất hiện ngay trong những năm đầu của bệnh [8]. Theo kết quả bảng 3.3, chúng tôi cũng nhận thấy sự phù hợp với y văn khi tổn thương thận với protein niệu $>500\text{mg}/24\text{h}$ có 38/55 bệnh nhân chiếm 69,1%. Kết quả này tương tự với ghi nhận của tác giả Nguyễn Thị Thanh Hà với 60,7% [5].

ANA và anti-dsDNA là 2 xét nghiệm miễn dịch

rất có giá trị trong chẩn đoán SLE, trong đó ANA có độ nhạy 98-99%, được xem như là xét nghiệm sàng lọc tốt nhất và anti-dsDNA có độ đặc hiệu cao, cho phép đánh giá hoạt động của bệnh [3], [20]. Theo bảng 3.4, tỷ lệ dương tính của ANA và anti-dsDNA lần lượt là 96,4% và 89,1%. Kết quả này tương đương so với Hoàng Thị Phương (97,0% và 84,8%) [10], Nguyễn Đình Huy (97,2% và 83,3%) [6], Anic F. (94% và 85%) [16], Font J. và cs (99% và 90%) [17]. Tỷ lệ dương tính ANA của chúng tôi ghi nhận cao hơn so với nghiên cứu của Huỳnh Phan Phúc Linh (65%) [9] và tỷ lệ anti-dsDNA dương tính cao hơn so với nghiên cứu của Ighe A. và cs (45,3%) [21], Petri M. và cs (57,1%) [23]. Điều này có thể giải thích do sự khác biệt về cỡ mẫu, chủng tộc bệnh nhân nghiên cứu, kỹ thuật phát hiện các kháng thể và ngưỡng nồng độ xác định dương tính cũng khác nhau. Thời điểm xét nghiệm trước hay sau điều trị cũng góp phần ảnh hưởng kết quả. Ngoài ra, theo tiêu chuẩn mới của SLICC 2012 bắt buộc có ít nhất 1 tiêu chuẩn miễn dịch và trong giới hạn cho phép của nghiên cứu chỉ có 2 xét nghiệm miễn dịch là ANA và anti-dsDNA nên chúng tôi đã chọn những bệnh nhân có ít nhất 1 trong 2 xét nghiệm trên dương tính. Đây cũng là một lý do khiến tỷ lệ dương tính ANA và anti-ds DNA trong nghiên cứu này cao như vậy.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 55 bệnh nhân được chẩn đoán lupus ban đỏ hệ thống dựa trên tiêu chuẩn của Những trung tâm cộng tác quốc tế về bệnh lupus hệ thống SLICC 2012, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Tổn thương da cấp 58,2% (trong đó ban cánh bướm 45,5%, ban lupus dạng dát sần 10,9%, ban lupus nhạy cảm ánh sáng 40,0%).
- Tổn thương da bán cấp 10,9%.
- Tổn thương da mạn 10,9% (trong đó ban dạng đĩa cổ điển 7,2%, viêm mô mỡ dưới da 3,6%).
- Loét mũi, miệng 18,2%.
- Rụng tóc không sẹo 60,0%.
- Viêm bao hoạt dịch khớp 54,5%.
- Viêm màng thanh dịch 32,7% (trong đó tràn dịch màng phổi 25,5%, tràn dịch màng tim 18,2%).
- Tổn thương thận (protein niệu > 500mg/24h) 69,1%.
- Tổn thương thần kinh 14,6% (trong đó co giật 9,1%, rối loạn tâm thần 5,5%).
- Thiếu máu huyết tán 5,5%.
- Giảm bạch cầu <4.000/mm³ 25,5%; giảm bạch cầu lympho <1.000/mm³ 49,1%.
- Giảm tiểu cầu <100.000/mm³ 16,4%.
- Kháng thể kháng nhân dương tính 96,4%.
- Kháng thể anti-dsDNA dương tính 89,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Công Chính (2012), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân Lupus ban đỏ hệ thống điều trị tại khoa Da liễu Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Thái Nguyên”, *Y học thực hành*, 11(851), tr. 36-39.
2. Phạm Thị Đào (2014), *Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh lupus ban đỏ hệ thống*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Đại học Y Dược Huế.
3. Đặng Văn Em (2013), *Lupus ban đỏ hệ thống chẩn đoán và điều trị*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
4. Bùi Thị Hà (2011), “Nhận xét đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân lupus ban đỏ điều trị tại bệnh viện Việt Tiệp - Hải Phòng”, *Y học thực hành*, 4(762), tr. 60-63.
5. Nguyễn Thị Thanh Hà (2012), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nam lupus ban đỏ hệ thống tại khoa dị ứng - MDLS bệnh viện Bạch Mai”, *Y học thực hành*, 6(825), tr. 123-125.
6. Nguyễn Đình Huy, Dương Tấn Khánh, Trần Thị Minh Diễm (2010), “Bước đầu xây dựng quy trình chẩn đoán và theo dõi bệnh lupus ban đỏ hệ thống bằng kháng thể kháng nhân”, *Thông tin y dược*, số đặc biệt chào mừng ngày gặp mặt liên viện hàng năm về giảng dạy và nghiên cứu miễn dịch học lần thứ 20, tr. 22-26.
7. Nguyễn Thị Thu Hương (2012), “Đánh giá mức độ hoạt động bệnh lupus ban đỏ theo chỉ số SLEDAI”, *Y học Việt Nam*, 2(397), tr. 87-94.
8. Nguyễn Thị Ngọc Lan (2008), “Lupus ban đỏ hệ thống”, *Bài giảng bệnh học nội khoa tập 2*, Nhà xuất bản Y học, Đại học Y Hà Nội, tr. 355-366.
9. Huỳnh Phan Phúc Linh (2012), *Nghiên cứu một số kháng thể trên bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống và một số yếu tố liên quan*, Luận án chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược Huế.
10. Hoàng Thị Phương (2008), *Nghiên cứu một số đặc*

- điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh lupus ban đỏ hệ thống, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Đại học Y Dược Huế.
11. Võ Tam, Nguyễn Thị Thanh Vân, Lê Thị Hồng Vân (2013), “Chẩn đoán bệnh lupus ban đỏ hệ thống”, *Chuyên đề các bệnh khớp viêm*, Hà Nội.
 12. Phạm Huy Thông (2013), *Nghiên cứu hiệu quả điều trị Lupus ban đỏ hệ thống có đợt cấp tổn thương thận bằng Methylprednisolon đường tĩnh mạch liều cao*, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
 13. Tạ Thị Hồng Thúy (2011), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nữ lupus ban đỏ hệ thống tại khoa Dị ứng - MDLS BV Bạch Mai 2010-2011*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Đại học Y Hà Nội.
 14. Đinh Thị Hương Trúc (2011), *Nghiên cứu một số loại kháng thể kháng nhân trong chẩn đoán huyết thanh ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Dược Huế.
 15. Nguyễn Thị Vân (2004), “Biểu hiện lâm sàng và xét nghiệm của bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống”, *Y học Việt Nam*, 1(10), tr. 51-54.
 16. Anic F. et al. (2014), “New classification criteria for systemic lupus erythematosus correlate with disease activity”, *Croat Med J.*, 55(5), pp. 514-519.
 17. Font J., Cervera R. et al. (2004), “Clusters of clinical and immunologic features in systemic lupus erythematosus: Analysis of 600 patients from a single center”, *Arthritis & Rheumatism*, 33(4), pp. 217-230.
 18. Grönhagen C.M. et al. (2010), “Cutaneous manifestations and serological findings in 260 patients with systemic lupus erythematosus”, *Lupus*, 19(10), pp. 1187-1194.
 19. Hau K.L. (2006), “Cutaneous manifestations of systemic lupus erythematosus”, *Hong Kong J. Dermatol*, 14(4), pp. 120-128.
 20. Hiepe F. (2006), “Autoantibodies in systemic lupus erythematosus”, *Autoantibodies and autoimmunity*, WILEY- VCH, pp. 247-276.
 21. Ighe A. et al. (2015), “Application of the 2012 Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria to patients in a regional Swedish systemic lupus erythematosus register”, *Arthritis Research & Therapy*, 17(3), pp. 1-8.
 22. Kole A.K., Ghosh A. (2009), “Cutaneous manifestations of systemic lupus erythematosus in a tertiary referral center”, *Indian J Dermatol*, 54(2), pp. 132-136.
 23. Petri M. et al. (2012), “Derivation and validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus”, *Arthritis Rheum*, 64(8), pp. 2677-2686.
 24. Pons-Estel G.J., Alarcón G.S. et al. (2010), “Understanding the epidemiology and progression of Systemic Lupus Erythematosus”, *Semin Arthritis Rheum*, 39(4), pp. 257-268.