

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: KẾT QUẢ LẬP BẢN ĐỒ BẠCH HUYẾT HUỖNH QUANG SỬ DỤNG INDOCYANINE GREEN TRONG PHẪU THUẬT CẮT ĐẠI TRÀNG PHẢI NỘI SOI

Quách Văn Kiên¹, Vũ Đức Thịnh¹, Nguyễn Đình Hiếu^{2✉}

TÓM TẮT

Bối cảnh: Với sự phát triển của công nghệ, hệ thống định vị huỳnh quang Indocyanine green (ICG) đã mang lại nhiều ứng dụng trong phẫu thuật ung thư đại trực tràng, bao gồm đánh dấu vị trí khối u, đánh giá tưới máu miệng nối, xác định niệu quản và lập bản đồ hạch bạch huyết (BĐBH). Bài viết nhằm cung cấp tổng quan về hiệu quả hiện tại của ứng dụng ICG trong phẫu thuật đại tràng phải, từ đó nhấn mạnh vai trò của ICG trong việc lập BĐBH. **Báo cáo ca bệnh:** Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức lần đầu tiên triển khai ứng dụng ICG ở bệnh nhân (BN) nam 46 tuổi được chẩn đoán xác định ung thư đại tràng (UTĐT) phải với mục tiêu đánh giá đường đi bạch huyết. Kết quả của phẫu thuật cắt đại tràng phải dưới hướng dẫn của ICG thực hiện thành công và an toàn, lập BĐBH đã thay đổi phạm vi phẫu thuật, vượt ra ngoài phạm vi của nạo vét hạch D3 chuẩn. **Kết luận:** Lập BĐBH huỳnh quang có thể được coi là một chiến lược mới đầy hứa hẹn để tăng số lượng hạch BH D3 được thu hoạch trong phẫu thuật UTĐT phải. Việc sử dụng BĐBH huỳnh quang có khả năng thay đổi mô hình phẫu thuật ung thư, nhưng lợi ích lâm sàng và lợi thế về ung thư vẫn chưa rõ ràng. Do đó, cần phải áp dụng thận trọng và nghiên cứu thêm.

Từ khóa: ICG (Indocyanine green); lập bản đồ bạch huyết; cắt bỏ hạch bạch huyết có hướng dẫn của ICG; ung thư đại tràng.

SUMMARY

CLINICAL CASE REPORT: EARLY RESULTS OF FLUORESCENCE LYMPH NODE MAPPING USING INDOCYANINE GREEN FOR LAPAROSCOPIC RIGHT HEMICOLECTOMY

Background: With the development of surgical technology, indocyanine green (ICG) fluorescence navigation systems may be useful in various areas of colorectal surgery, including tumor location confirmation, bowel perfusion, ureter identification, and lymph node mapping. This review provides an overview of the current status of ICG-based navigation surgery in right colon, emphasizing its role in lymphatic flow mapping. **Case report:** Viet Duc University Hospital for the first time deployed ICG application in a 46-year-old male patient diagnosed with right colon cancer with the goal of evaluating

lymphatic pathways. The results of ICG-guided right colon lymphadenectomy successfully and safely performed, Lymphatic mapping has changed the scope of surgery, beyond the scope of standard D3 lymphadenectomy. **Conclusions:** Fluorescence lymph node mapping (FLNM) could be considered a promising new strategy to potentially increase harvested D3 lymph node counts in colon cancer surgery. The use of FLNM has the potential to change the paradigm of oncological surgery, but the clinical benefits and oncological advantages are not yet clear. Therefore, cautious application and further research are needed. **Keywords:** ICG (Indocyanine green); lymphatic mapping; ICG-guided lymphadenectomy; colorectal cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là bệnh lý ác tính phổ biến trên toàn thế giới, tỷ lệ mắc mới mỗi năm xếp thứ 3 với hơn 1,9 triệu ca và nguyên nhân gây tử vong thứ 2 trong các loại ung thư với gần 1 triệu ca vào năm 2022. Trong ung thư đại trực tràng, UTĐT phải chiếm 40%. Ở nước ta, tỷ lệ ung thư đại trực tràng chiếm 9% đứng hàng thứ năm, sau ung thư dạ dày, phổi, vú, vòm [1].

Một trong những yếu tố dự báo mạnh nhất đến sự sống còn của người bệnh UTĐT sau mổ là di căn hạch BH. Các nghiên cứu (NC) ước tính rằng 20-30% người bệnh giai đoạn đầu không có di căn hạch sẽ phát triển di căn xa mặc dù đã được phẫu thuật triệt căn [2]. Một trong những lý do tái phát ở những người bệnh không có di căn hạch BH về mặt bệnh lý có thể là do bỏ sót di căn vi thể hoặc tế bào khối u ẩn nên xét nghiệm mô bệnh học thường quy không phát hiện được hoặc thu hoạch hạch BH không đầy đủ dẫn đến phân giai đoạn thấp hơn.

Indocyanine green (ICG) là một chất huỳnh quang đã được thử nghiệm và sử dụng trên lâm sàng trong nhiều thập kỷ. ICG sau khi tiêm trực tiếp vào mô sẽ di chuyển vào hệ BH, cung cấp bản đồ khi phẫu thuật về vùng dẫn lưu đặc hiệu của khối u đang nổi lên như một phương thức ưu tiên để lập BĐBH ở UTĐT. Bằng chứng sơ bộ đã chứng minh, dựa trên thông tin lập bản BĐBH của ICG, các phẫu thuật phức tạp có vẻ dễ dàng hơn và phạm vi cắt bỏ hạch BH có thể thay đổi ở 34% các trường hợp [3], [4]. Hiện tại ở Việt Nam, ICG bước đầu đã được ứng dụng để đánh giá chức năng gan, vét hạch trong điều trị ung thư dạ dày, đánh giá tưới máu ống cuốn dạ dày

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Bệnh viện Ung bướu Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Hiếu

Email: bshieu27021986@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2024

Ngày duyệt bài: 28.10.2024

trong phẫu thuật thực quản nhưng chưa có công bố nào liên quan đến ứng dụng ICG lập BDBH huỳnh quang trong phẫu thuật điều trị UTĐT phải. Ngày 12/09/2024, Bệnh viên Hữu nghị Việt Đức đã thành công sử dụng ICG lập BDBH huỳnh quang điều trị UTĐT phải đầu tiên và thu được kết quả rất khả quan. Chúng tôi xin báo cáo ca lâm sàng đầu tiên thực hiện và những kết quả thu được.

I. CA LÂM SÀNG

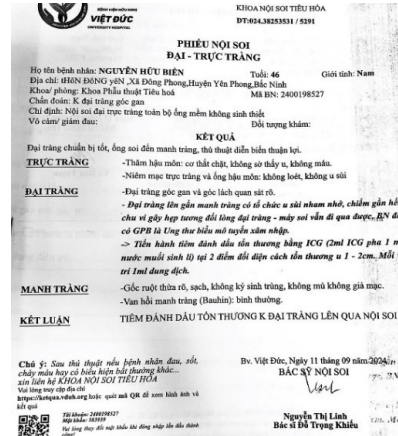
BN Nam 46 tuổi, vào viện ngày 10/09/2024, mã BN: 2400198527. Tiền sử BN và gia đình: khỏe mạnh, chưa phát hiện gì bất thường. BN không hút thuốc, không uống rượu, không có tiền sử tiếp xúc với hoá chất.

Bệnh sử: trước khi vào viện 1 tuần, BN xuất hiện rối loạn tiêu hóa, đi ngoài phân nhầy máu, không chói, không gầy sút cân. BN ăn vẫn ngon miệng. Khám lâm sàng BN tình táo (Glasgow 15 điểm), da, niêm mạc hồng, không phù, không xuất huyết dưới da. Mạch, HA không có rối loạn, BMI = 22,4, không có hạch thượng đòn. Khám bụng không chướng, không có biểu hiện tắc ruột, không sờ thấy khối bất thường.

Nội soi đại tràng: đại tràng lên gần manh tràng có tổ chức sùi nhám nhỏ, chiếm gần hết chu vi gây hẹp tương đối lòng đại tràng, máy nội soi vẫn qua được, sinh thiết là ung thư biểu mô tuyến xâm nhập. **Nội soi dạ dày:** viêm loét hang vị dạ dày. **Cắt lớp vi tính ổ bụng- tiểu khung có tiêm thuốc cản quang:** Đại tràng lên đoạn gần góc gan có khối tỉ trọng tổ chức, bờ không đều, ranh giới rõ, kích thước 42x49mm gây hẹp lòng đại tràng, có thâm nhiễm nhẹ xung quanh, gần phía góc gan có hạch nhỏ đường kính 6mm. **Cắt lớp vi tính lồng ngực có tiêm thuốc cản quang:** nốt vôi hóa nhu mô phổi phải 3mm.

Các xét nghiệm máu đánh giá chức năng gan, thận, đông máu trong giới hạn bình thường. CEA trong máu 2,8 mcg/L.

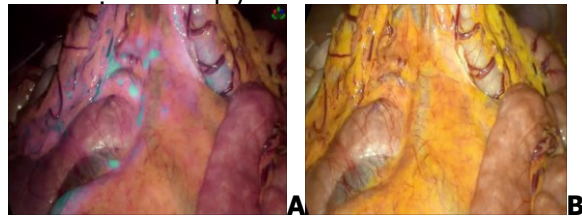
- Ngày 11/09/2024 (trước khi tiến hành phẫu thuật 1 ngày): người bệnh được tiến hành làm sạch ruột bằng 3 gói Fortrans và được nội soi lại đại tràng, tiêm ICG (2,5mg/ml) vào dưới niêm mạc ở 2 vị trí quanh khối u 1cm, mỗi vị trí 1ml.



Hình 1: Kết quả nội soi tiêu ICG xung quanh khối u

- Ngày 12/09/2024, BN được chẩn đoán Ung thư đại tràng lên T3N0M0 tiến hành phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải.

Quy trình phẫu thuật: Người bệnh gây mê NKQ, tư thế Trendelenburg, đặt 5 trocar vào ổ bụng tiến hành phẫu thuật. Dưới ánh sáng trắng: ranh giới phẫu thuật cắt đại tràng phải vết hạch D3 tiêu chuẩn theo mốc giải phẫu được đánh dấu bằng dao điện đơn cực. Chuyển chế độ camera sang chế độ cận hồng ngoại, ghi nhận kết quả hiển thị BDBH huỳnh quang, tiến hành phẫu thuật theo mốc ranh giới BDBH huỳnh quang vừa được lập. Sau khi hoàn thiện quá trình cắt đại tràng phải nội soi, kiểm tra lại toàn bộ phẫu trường để xác định hạch BH bắt màu huỳnh quang còn sót lại, phân loại các nhóm hạch theo quy ước.



Hình 2: Kết quả hiển thị trong phẫu thuật đường đi bạch huyết của khối u đại tràng phải

A: Hiển thị bản đồ bạch huyết huỳnh quang dưới camera cận hồng ngoại.

B: Hiển thị bạch huyết dưới camera ánh sáng trắng.

Kết quả được ghi nhận: (1) Lập BDBH huỳnh quang thành công với nồng độ ICG (2,5mg/ml) tiêm nội soi vào dưới niêm mạc ở 2 vị trí quanh khối u 1cm, mỗi vị trí 1ml. (2) Vùng ranh giới phẫu thuật mở rộng hơn so với vùng phẫu thuật nạo vét hạch D3. (3) Tổng số hạch BH 40 hạch, trong đó số lượng hạch BH tại vị trí ngoại vùng nạo vét D3 (hay còn gọi là D3-ICG) là 9 hạch.

(4) Các hạch BH huỳnh quang được lấy bỏ ngoài vùng nạo vét chuẩn không phát hiện di căn, giai đoạn khối u cuối cùng không thay đổi dựa trên bệnh lý hạch huỳnh quang.

Quá trình phẫu thuật và hậu phẫu ổn định, không có biến chứng liên quan đến nạo vét hạch.

III. BÀN LUẬN

Nguyên tắc phẫu thuật UTĐT ở giai đoạn bệnh khu trú là cắt bỏ rộng rãi khối u nguyên phát cùng với các hạch BH khu vực. Năm 2009 khái niệm cắt toàn bộ mạc treo đại tràng CME (Complete mesocolic excision) kèm thắt mạch máu trung tâm CVL (Center vascular ligation) với mục tiêu chính là phẫu tích dọc theo các mặt phẳng mô phôi để tạo ra một lớp bao nguyên vẹn của cân mạc treo đại tràng và thắt mạch máu trung tâm bao gồm tất cả các hạch BH dọc theo các phân nhánh cấp máu, Hohenberger và cộng sự là những người đầu tiên đưa ra khái niệm này và kết quả ứng dụng CME ở 1329 bệnh nhân phẫu thuật cắt bỏ triệt căn điều trị UTĐT, tỷ lệ tái phát tại chỗ giảm một nửa từ 6,5% xuống 3,6% và tỷ lệ sống sót 5 năm tăng từ 82,1% lên 89,1% [5]. Theo Hiệp hội Ung thư Đại tràng và Trực tràng Nhật Bản, mức độ cắt bỏ hạch BH được thể hiện bằng chữ (D): thuật ngữ D3 áp dụng cho cắt bỏ hoàn toàn cả ba trạm hạch BH khu vực.

Điểm chung của các phương pháp tiếp cận này là tập trung vào việc lấy toàn bộ hạch BH liên quan đến khối u. Trong số các yếu tố tiên lượng đã biết, sự hiện diện của di căn hạch BH đã được xác định là yếu tố tiên lượng quan trọng nhất ở UTĐT và là một trong những thành phần cấu thành của hệ thống phân loại TNM hiện tại. Mặc dù 12 hạch BH từ lâu đã được coi là đủ để phân loại đầy đủ, nhiều bằng chứng chỉ ra rằng việc tăng số lượng hạch BH được lấy từ khu vực không chỉ góp phần đánh giá giai đoạn chính xác hơn mà còn cải thiện khả năng sống sót của người bệnh [6]. Bất kể định nghĩa về nạo hạch BH (CVL hay D3) là như thế nào thì phạm vi lấy hạch BH được mô tả dựa trên các mốc mạch máu, mặc dù các dị dạng mạch máu đại tràng tương đối phổ biến và vùng D3 không được định nghĩa chính xác với thuật ngữ đã thay đổi theo thời gian. Ngoài ra, nhiều nghiên cứu chỉ ra kiểu khuếch tán ngoài mạc treo tràng bất thường như khối u ở góc gan qua thân Henle về phía các mạch máu mạc nối lớn của dạ dày hoặc dưới tụy [7].

Cơ sở lý luận cho việc sử dụng ICG. ICG là thuốc nhuộm tricarbocyanine tan trong nước, sau khi tiêm tĩnh mạch, liên kết chặt chẽ với

protein huyết tương, trong đó albumin là chất mang chính (95%) và vẫn bị giới hạn trong khoang nội mạch cho đến khi đào thải. ICG có thời gian bán hủy trong huyết tương là 150–180 giây và được bài tiết hoàn toàn vào mật sau 15–20 phút. ICG là một chất huỳnh quang, tức là một hợp chất hóa học khi bị kích thích bằng ánh sáng sẽ hấp thụ năng lượng ánh sáng và phát lại ánh sáng ở bước sóng dài hơn. Độ hấp thụ phổ của ICG là từ 790 đến 805 nm. Do đó, cần phải sử dụng nguồn sáng CHN để kích thích các phân tử ICG, sau đó phát ra tín hiệu huỳnh quang ở bước sóng 835 nm thu được từ hệ thống quang học chuyên dụng và hiển thị trên màn hình của thiết bị nội soi hoặc rô bốt. ICG có thể được sử dụng để chụp ảnh huỳnh quang đang nổi lên như một yếu tố chính góp phần vào việc ra quyết định khi phẫu thuật và hướng dẫn phẫu thuật. Có bằng chứng đã công bố, bao gồm một số phân tích tổng hợp và các thử nghiệm lâm sàng lớn, chứng minh tính an toàn của ICG với lưu ý cảnh báo duy nhất về phản ứng có hại có thể xảy ra ở những người bệnh bị dị ứng với iốt hoặc động vật có vỏ. Do đó, tính an toàn của nó tạo điều kiện thuận lợi cho việc phổ biến nó trong thực hành hàng ngày [8].

Một số ứng dụng của huỳnh quang ICG trong phẫu thuật ung thư đã được mô tả. Đặc biệt, nó đã được sử dụng để xác định mô hình BH ở những người bệnh ung thư vú, ung thư dạ dày và u hắc tố. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng, nếu được tiêm trực tiếp vào mô, ICG sẽ di chuyển trong các mạch BH và hạch BH, nơi nó lắng đọng vào các đại thực bào và có thể cung cấp thông tin về lưu vực dẫn lưu BH của các cơ quan. Trong những năm qua, ICG đã bắt đầu được ứng dụng với UTĐT và huỳnh quang ICG đang nổi lên như phương thức phẫu thuật được ưa chuộng.

Phẫu thuật cắt bỏ hạch BH dưới hướng dẫn ICG: kỹ thuật và kết quả. Khi tiến hành lựa chọn lập BDBH, chúng tôi đã tham khảo các nghiên cứu trên thế giới và lựa chọn phương pháp tiêm ICG dưới niêm mạc đại tràng quanh khối u 1-2cm ở 2-4 vị trí quanh khối u với liều lượng 2,5mg/ml, mỗi vị trí 1ml. Kết quả khối u và hạch BH đều hiển thị màu huỳnh quang dưới ánh sáng CHN, lập BDBH thành công với vùng ranh giới phẫu thuật mở rộng hơn so với ranh giới phẫu thuật không sử dụng ICG.

Có thể lập BDBH huỳnh quang bằng cách tiêm ICG dưới niêm mạc hoặc dưới thanh mạc. Mặc dù tiêm dưới thanh mạc quanh khối u trong khi phẫu thuật thường được sử dụng, nhưng phương pháp này có một số hạn chế. Thứ nhất,

tiêm dưới thanh mạc khó chính xác, đặc biệt là các khối u ít xâm lấn và việc vô tình chọc trực tiếp vào khối u có thể có nguy cơ tràn khối u vào phúc mạc. Thứ hai, các tác giả đã báo cáo về tình trạng rò rỉ ICG vào phúc mạc từ các mạch BH bị tổn thương, mà không thấy sau khi tiêm nội soi trước phẫu thuật. Sự rò rỉ này làm phân bố rộng rãi huỳnh quang ICG trên trường phẫu thuật và làm cho thủ thuật phẫu thuật tiếp theo được hướng dẫn bằng ICG trở nên khó khăn. Thứ ba, ở những người bệnh trải qua quá trình lập BDBH có hướng dẫn bằng ICG đối với ung thư dạ dày, số lượng hạch huỳnh quang trung bình cao hơn đáng kể ở nhóm tiêm ICG nội soi dưới niêm mạc trước phẫu thuật so với nhóm tiêm ICG dưới thanh mạc trong khi phẫu thuật [9]. Do đó, đường tiêm nội soi trước phẫu thuật được chúng tôi lựa chọn. Ở những người bệnh này, ICG khuếch tán vào các hạch BH, nơi nó lưu lại trong 24/48 giờ. Để đảm bảo đủ thời gian để thuốc nhuộm di chuyển đến tất cả các hạch BH, tổng cộng 2 mL dung dịch ICG (2,5 mg/ml) được tiêm nội soi vào vùng quanh khối u từ 1–2 ngày trước khi phẫu thuật. Tiêm dưới niêm mạc không nâng niêm mạc trước để tránh nguy cơ pha loãng ICG. Chúng tôi tiêm ICG nội soi 24 giờ trước khi phẫu thuật vì ở những người bệnh được tiêm vào cùng ngày phẫu thuật, tín hiệu huỳnh quang được báo cáo là yếu.

Sự liên quan lâm sàng. Ca lâm sàng đã khám phá việc lập BDBH huỳnh quang ICG như một lộ trình để thực hiện cắt bỏ hạch BH D3. Dựa trên BDBH huỳnh quang, chúng tôi đã thay đổi phạm vi cắt bỏ hạch BH, thể hiện bằng hạch BH (D3-ICG) với số lượng 9 hạch.

Ở trường hợp này, số lượng hạch BH được cắt bỏ thêm dựa vào BDBH huỳnh quang và các hạch BH còn lại đều không có đặc điểm di căn, nên không có sự thay đổi về giai đoạn bệnh khi tăng số lượng hạch BH. Mặc dù hệ thống phân loại TNM của AJCC-UICC khuyến cáo nên kiểm tra tối thiểu 12 hạch BH để phân loại đầy đủ, một số nghiên cứu đã chứng minh mối tương quan tích cực giữa số lượng hạch BH được lấy nhiều hơn với khả năng sống sót được cải thiện. Quan sát này làm sống lại cuộc tranh luận chưa có lời giải về việc liệu phẫu thuật cắt bỏ hạch BH có tác dụng điều trị trực tiếp hay chỉ cung cấp thông tin về tiên lượng và phân loại. Bằng chứng gián tiếp về lợi ích điều trị của phẫu thuật cắt bỏ hạch BH có thể được suy ra từ các nghiên cứu tập trung vào số lượng hạch BH. Những lý do thuyết phục nhất đến từ phân tích thứ cấp dữ liệu từ Thử nghiệm liên nhóm INT-0089 cho

thấy, ở những người bệnh mắc bệnh N2, tỷ lệ sống sót tổng thể sau 5 năm tăng từ 51% lên 71% nếu lấy >35 hạch bạch huyết so với <35, với cải thiện tuyệt đối 22% về tỷ lệ sống sót không bệnh sau 5 năm (từ 48% lên 69%) [10].

IV. KẾT LUẬN

Trong báo cáo ca bệnh này, lần đầu tiên chúng tôi tiến hành lập BDBH huỳnh quang ICG để điều trị UTĐT phải tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Kết quả thu được từ thực tế lâm sàng với sự xác nhận thêm, phối hợp với nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới, kỹ thuật này có thể trở thành một công cụ có giá trị để hướng dẫn cắt bỏ UTĐT phải.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, Jemal A.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians.* 2024;74(3):229-263.
2. **Figueredo A, Coombes ME, Mukherjee S.** Adjuvant therapy for completely resected stage II colon cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;2008(3):CD005390.
3. **Park, S.Y.; Park, J.S.; Kim, H.Y.; Woo, I.T.; Park, I.K.; Choi, G.-S.** Indocyanine green fluorescence imaging-guided laparoscopic surgery could achieve radical D3 dissection in patients with advanced right-sided Colon Cancer. *Dis. Colon. Rectum.* **2020**, *63*, 441–449.
4. **Petz, W.; Bertani, E.; Borin, S.; Fiori, G.; Ribero, D.; Spinoglio, G.** Fluorescence-guided D3 lymphadenectomy in robotic right colectomy with complete mesocolic excision. *Int. J. Med. Robot* **2020**, *28*, e2217.
5. **Hohenberger W, Weber K, Matzel K, Papadopoulos T, Merkel S.** Standardized surgery for colonic cancer: complete mesocolic excision and central ligation—technical notes and outcome. *Colorectal disease.* 2009;11(4):354-364.
6. **Chen SL, Bilchik AJ.** More extensive nodal dissection improves survival for stages I to III of colon cancer: a population-based study. *Ann Surg* 2006;244:602-10.
7. **Jamieson JK, Dobson JF.** The lymphatics of the colon. *Proc R Soc Med* 1909;2:149-74.
8. **Dip F, Boni L, Bouvet M, et al.** Consensus Conference Statement on the General Use of Near-Infrared Fluorescence Imaging and Indocyanine Green Guided Surgery: Results of a Modified Delphi Study. *Ann Surg* 2020; Epub ahead of print.
9. **Tajima Y, Yamazaki K, Masuda Y, et al.** Sentinel node mapping guided by indocyanine green fluorescence imaging in gastric cancer. *Ann Surg* 2009;249:58-62.
10. **Le Voyer TE, Sigurdson ER, Hanlon AL, et al.** Colon cancer survival is associated with increasing number of lymph nodes analyzed: a secondary survey of intergroup trial INT-0089. *J Clin Oncol* 2003;21:2912-9.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG TRÊN BỆNH NHÂN VIỆT NAM MẮC LUPUS TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Phan Thành Luân¹, Huỳnh Thị Xuân Tâm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng, điểm số độ nặng theo thang điểm CLASI, điểm số hoạt động bệnh theo thang điểm SLEDAI-2K trên bệnh nhân Việt Nam mắc Lupus tại bệnh viện Da Liễu TP.HCM. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca bệnh nhân Lupus ban đỏ đến khám và điều trị tại bệnh viện Da Liễu thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 03/2024 đến tháng 09/2024. Các bệnh nhân được thu thập thông tin bệnh sử, thông tin về xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu, tổng phân tích nước tiểu, độ lọc cầu thận ước tính, bổ thể C3, bổ thể C4, tự kháng thể antids DNA, khám lâm sàng và đánh giá tình trạng Lupus trên các thang điểm CLASI và SLEDAI-2K. **Kết quả:** Có 34 bệnh nhân Lupus ban đỏ với 25 bệnh nhân nữ và 9 bệnh nhân nam, độ tuổi trung bình nhóm đối tượng nghiên cứu là $49,6 \pm 11,2$ tuổi. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân Lupus: độ tuổi khởi phát bệnh trung bình $43,0 \pm 13,7$, lupus hệ thống chiếm tỉ lệ 50%, sau đó đến bệnh nhân lupus da mạn 32,4%, lupus da cấp tính (11,8%) và cuối cùng là lupus da bán cấp chiếm 5,9%. Đặc điểm cận lâm sàng: tổng phân tích tế bào máu có 17,6% bệnh nhân giảm hồng cầu, 5,9% bệnh nhân giảm tiểu cầu và 8,8% bệnh nhân giảm bạch cầu; tổng phân tích nước tiểu có 20,6% bệnh nhân có hồng cầu niệu, 20,6% bệnh nhân bạch cầu niệu và 11,8% bệnh nhân protein niệu; độ lọc cầu thận ước tính có 29,4% bệnh nhân độ lọc cầu thận bình thường (phân độ G1), 47,1% bệnh nhân độ lọc cầu thận giảm nhẹ (phân độ G2) và 23,5% bệnh nhân độ lọc cầu thận giảm trung bình-nặng (phân độ G3a); 20,6% bệnh nhân giảm C3, 14,7% bệnh nhân giảm C4 và 44,1% bệnh nhân có tự kháng thể antids DNA dương tính. Thang điểm CLASI trung bình là $8,2 \pm 5,9$, thang điểm SLEDAI-2K trung bình là $8,26 \pm 5,20$. **Kết luận:** Nghiên cứu mô tả được một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình trạng bệnh theo thang điểm CLASI và SLEDAI-2K ở bệnh nhân Lupus ban đỏ, từ đó mở ra hướng nghiên cứu lớn hơn trong tương lai.

Từ khóa: lupus, lupus ban đỏ hệ thống, lupus ban đỏ da, SLEDAI-2K, CLASI.

SUMMARY

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF VIETNAMESE LUPUS PATIENTS IN HO CHI MINH CITY

Objective: To describe the clinical, laboratory characteristics, severity score according to the CLASI

score, and disease activity score according to the SLEDAI-2K score of lupus erythematosus in Vietnamese people. **Methods:** Case series of lupus erythematosus patients who came for examination and treatment at Ho Chi Minh City Hospital of Dermato Venereology from March 2024 to September 2024. We collected patients' history, laboratory results include: complete blood count, urinalysis, eGFR (estimate glomerular filtration rate), complement C3 and C4, dsDNA antibody, clinical examination and evaluation of lupus with CLASI and SLEDAI-2K score. **Results:** Totally 34 patients were recruited, mean age was $49,6 \pm 11,2$. Clinical characteristics of lupus patients: The average age of disease onset was 43.0 ± 13.7 years. Systemic lupus accounted for 50%, followed by chronic cutaneous lupus at 32.4%, acute cutaneous lupus at 11.8%, and subacute cutaneous lupus at 5.9%. Laboratory characteristics: A complete blood count showed 17.6% of patients had anemia, 5.9% had thrombocytopenia, and 8.8% had leukopenia. Urinalysis revealed 20.6% of patients had hematuria, 20.6% had leukocyturia, and 11.8% had proteinuria. Estimated glomerular filtration rate (eGFR) showed 29.4% of patients had normal eGFR (G1 stage), 47.1% had mildly decreased eGFR (G2 stage), and 23.5% had moderately to mildly decreased eGFR (G3a stage). Complement levels, 20.6% had decreased C3, 14.7% had decreased C4, and 44.1% tested positive for anti-dsDNA antibodies. The mean CLASI score was 8.2 ± 5.9 , and the mean SLEDAI-2K score was 8.26 ± 5.20 . **Conclusion:** The study describes clinical and laboratory characteristics as well as disease activity and severity on the CLASI and SLEDAI-2K scores in patients with lupus erythematosus, paving the way for larger future research.

Keywords: lupus, systemic lupus erythematosus, cutaneous lupus erythematosus, SLEDAI-2K, CLASI.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus đỏ là một bệnh hệ tự miễn có tổn thương cơ quan hệ thống với đặc trưng biểu hiện trên da, xương khớp, thận. Lupus chia làm nhiều thể bệnh như lupus ban đỏ hệ thống, lupus ban đỏ da... Đồng thời, bệnh có biểu hiện thay đổi tùy vào môi trường và địa lý, đặc trưng cho mỗi quần thể khác nhau. Nghiên cứu chúng tôi mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mức độ nặng, mức độ hoạt động bệnh ở bệnh nhân Lupus ban đỏ Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân Việt Nam mắc Lupus ban đỏ đến khám hoặc nhập viện tại Bệnh viện Da Liễu Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 03/2024 đến tháng 09/2024

Tiêu chuẩn chẩn đoán. Bệnh nhân thỏa

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Thị Xuân Tâm

Email: tamhtx@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.9.2024

Ngày duyệt bài: 28.10.2024