

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

Phan Thành Luân<sup>1</sup>, Huỳnh Thị Xuân Tâm<sup>1</sup>

## 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

<sup>1</sup>Trường 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

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  $43.0 \pm 13.7$  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  $8.2 \pm 5.9$ , and the mean SLEDAI-2K score was  $8.26 \pm 5.20$ . **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

tiêu chuẩn đoán Lupus hệ thống theo EULAR 2019 hoặc Lupus đỏ da theo S2K 2021

**Tiêu chuẩn chọn mẫu.**

- Bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán đồng ý tham gia nghiên cứu

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, quốc tịch Việt Nam

**Tiêu chuẩn loại trừ.**

- Bệnh nhân không trả lời đầy đủ bảng thu thập số liệu nghiên cứu hoặc không đồng ý lấy mẫu máu.

- Bệnh nhân đang mang thai và cho con bú

- Bệnh nhân đang bị bệnh lý nặng, suy kiệt, nguy hiểm tính mạng.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca

**Cỡ mẫu.** Chọn mẫu liên tục

**Phương pháp tiến hành.** Các bệnh nhân thỏa điều kiện trên sẽ được giải thích về cách thức tiến hành nghiên cứu và kí vào phiếu đồng thuận tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu viên tiến hành thu thập số liệu và ghi nhận đầy đủ các thông tin cần thiết vào phiếu thu thập số liệu. Bệnh nhân được hỏi kỹ về bệnh sử để thu thập các thông tin: tuổi, giới tính, tiền sử bản thân và gia đình, tuổi khởi phát. Khám lâm sàng để xác định các triệu chứng liên quan đến bệnh: sang thương da, tổn thương niêm, rụng tóc,... Đồng thời thu thập thông tin về các xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu, tổng phân tích nước tiểu, creatinin máu, ANA, anti dsDNA và bổ thể C3, C4. Bệnh nhân được đánh giá trên 2 thang điểm CLASI và SLEDAI-2K.

**2.3. Xử lý và phân tích số liệu.** Các dữ liệu được thống kê và xử lý theo chương trình SPSS 20.0

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong khoảng thời gian từ tháng 03/2024 đến tháng 09/2024, chúng tôi thu thập được 34 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và đồng ý tham gia nghiên cứu

**3.1. Đặc điểm yếu tố dịch tễ**

**3.1.1. Tuổi**

Nhóm tuổi	Tần suất	Tỉ lệ (%)
≤ 40 tuổi	27	79,6
> 40 tuổi	7	20,6

**Nhận xét:** Đối tượng tham gia nghiên cứu có phân bố từ 24 tuổi đến 71 tuổi. Độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu là 49,6 ± 11,2 tuổi. Trong đó nhóm tuổi > 40 tuổi chiếm ưu thế (79,6%) và gấp 3,8 lần so với nhóm tuổi dưới 40 tuổi (20,6%).

**3.1.2. Giới tính**

Giới tính	Tần suất	Tỉ lệ (%)
Nam	9	26,5
Nữ	25	73,5

**Nhận xét:** Bệnh nhân nữ chiếm đa số (73,5%) và gấp 2,7 lần so với bệnh nhân nam (26,5%).

**3.1.3. Nghề nghiệp và nơi sinh sống**

Đặc điểm	Tần suất		Tỉ lệ (%)	
Nghề nghiệp	Viên chức	7	20,6	
	Nông dân	7	20,6	
	Công nhân	11	32,4	
	Nội trợ	9	26,5	
Nơi sinh sống	TP.HCM	17	50	
	Ngoại tỉnh	17	50	

**Nhận xét:** Nhóm nghề nghiệp công nhân chiếm tỉ lệ cao nhất (32,4%), sau đó đến nội trợ (26,5%), viên chức (20,6%) và nông dân (20,6%). Về nơi sinh sống, nhóm người trong TP.HCM và ngoại tỉnh bằng nhau.

**3.2. Đặc điểm lâm sàng**

**3.2.1. Độ tuổi khởi phát bệnh**

Nhóm tuổi khởi phát	Tần suất	Tỉ lệ (%)
≤ 40 tuổi	14	41,2
> 40 tuổi	20	58,8

**Nhận xét:** Độ tuổi khởi phát bệnh dao động từ 18 tuổi tới 69 tuổi. Độ tuổi trung bình khởi phát bệnh là 43,0 ± 13,7. Nhóm tuổi khởi phát trên 40 tuổi chiếm ưu thế (58,8%) và gấp 1,4 lần so với nhóm dưới 50 tuổi (41,2%).

**3.2.2. Đặc điểm phân bố thể bệnh**

Đặc điểm	Tần suất	Tỉ lệ (%)
Lupus hệ thống	17	50,0
Lupus da cấp tính	4	11,8
Lupus da bán cấp	2	5,9
Lupus da mạn tính	11	32,4

**Nhận xét:** Bệnh nhân lupus hệ thống chiếm tỉ lệ cao nhất (50%), sau đó đến bệnh nhân lupus da mạn (32,4%) và lupus da cấp tính (11,8%) và bệnh nhân lupus da bán cấp chiếm tỉ lệ thấp nhất (5,9%).

**3.2.3 Đặc điểm sang thương da niêm**

Đặc điểm	Tần suất		Tỉ lệ (%)	
Sang thương điển hình	Viêm da nhạy cảm ánh sáng	17	50,0	
	Hồng ban cánh bướm	8	23,5	
	Phát ban sẩn vảy	2	5,9	
	Sang thương dạng đĩa	8	23,5	
Sang thương không điển hình	Tổn thương niêm mạc	6	17,6	
	Rối loạn sắc tố	22	64,7	
	Rụng tóc từng vùng	6	17,6	

**Nhận xét:** Tổn thương da thường gặp nhất là rối loạn sắc tố da (64,7%). Các sang thương da khác phổ biến trong nhóm đối tượng nghiên cứu

cứu bao gồm:

Sang thương da điển hình: viêm da nhạy cảm ánh sáng (50%), hồng ban cánh bướm (23,5%), phát ban sần vảy (5,9%) sang thương dạng đĩa (23,5%).

Sang thương da không điển hình: tổn thương niêm mạc (17,6%) và rụng tóc từng vùng (17,6%).

### 3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

#### 3.3.1. Tổng phân tích tế bào máu

Đặc điểm	Tần suất	Tỉ lệ (%)	
Giảm Hồng Cầu	Có	6	17,6
	Không	28	82,4
Giảm Tiểu Cầu	Có	2	5,9
	Không	32	94,1
Giảm Bạch cầu	Có	3	8,8
	Không	31	91,2

**Nhận xét:** Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, có 6 bệnh nhân giảm dòng hồng cầu (17,6%), 2 bệnh nhân giảm tiểu cầu (5,9%) và 3 bệnh nhân giảm bạch cầu (8,8%).

Trong đó có 1 bệnh nhân giảm cả 3 dòng tế bào máu và 1 bệnh nhân giảm 2 dòng tế bào máu (giảm bạch cầu và hồng cầu).

#### 3.3.2. Tổng phân tích nước tiểu

Đặc điểm	Tần suất	Tỉ lệ (%)	
Hồng cầu niệu	Có	7	20,6
	Không	27	79,4
Bạch cầu niệu	Có	7	20,6
	Không	27	79,4
Protein niệu	Có	4	11,8
	Không	30	88,2

**Nhận xét:** Có 7 bệnh nhân có hồng cầu niệu (20,6%), 7 bệnh nhân bạch cầu niệu (20,6%) và 4 bệnh nhân protein niệu (11,8%).

#### 3.3.3. Độ lọc cầu thận ước tính

Đặc điểm	Tần số (n=34)	Tỉ lệ (%)
Phân độ G1	10	29,4
Phân độ G2	16	47,1
Phân độ G3a	8	23,5

**Nhận xét:** Về 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).

#### 3.3.4. Bộ thể C3, C4 và antids DNA

Đặc điểm	Tần suất	Tỉ lệ (%)	
Giảm C3	Có	7	20,6
	Không	27	79,4
Giảm C4	Có	5	14,7
	Không	29	85,3
Antids DNA (+)	Có	15	44,1
	Không	19	55,9

**Nhận xét:** Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, có 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.

cứu, có 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.

### 3.4. Đặc điểm thang điểm độ nặng CLASI và độ hoạt động SLEDAI – 2K

Thang điểm CLASI	Tần suất	Tỉ lệ (%)
Nhẹ	25	73,5
Trung bình	5	14,7
Nặng	4	11,8

**Nhận xét:** Thang điểm CLASI của nhóm đối tượng nghiên cứu dao động từ 1 điểm đến 23 điểm. Điểm trung bình CLASI là  $8,2 \pm 5,9$ . Trong đó, nhóm bệnh nhân mức độ CLASI nhẹ chiếm 73,5%, trung bình là 14,7% và nặng là 11,8%.

Thang điểm SLEDAI-2K	Tần suất	Tỉ lệ (%)
Không hoạt động	6	17,6
Hoạt động nhẹ-trung bình	21	61,8
Hoạt động nặng	7	20,6

**Nhận xét:** Thang điểm SLEDAI-2K của nhóm đối tượng nghiên cứu dao động từ 0 điểm đến 21 điểm. Điểm trung bình SLEDAI-2K là  $8,26 \pm 5,20$ . Trong đó, nhóm bệnh không hoạt động chiếm 17,6%, trung bình là 61,8% và nặng là 20,6%.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm dịch tễ của bệnh nhân.

Độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là  $49,6 \pm 11,2$  tuổi. Trong đó, nhóm tuổi trên 40 tuổi chiếm ưu thế và gấp 3,8 lần so với nhóm tuổi dưới 40. Bệnh nhân nữ chiếm đa số (73,5%) và gấp 2,7 lần so với bệnh nhân nam (26,5%). Theo y văn, giới tính là một trong những yếu tố nguy cơ của bệnh nhân Lupus, trong đó nữ giới có tỉ lệ mắc lupus ban đỏ gấp từ 3 đến 6 lần so với nam giới. Giả thuyết cho rằng, các hóc-môn giới tính nữ như estrogen thúc đẩy phản ứng miễn dịch và tăng hoạt động tế bào lympho B, từ đó kích hoạt phản ứng miễn dịch của Lupus [10].

Về nơi sinh sống, nhóm bệnh nhân sống tại TP.HCM và ngoại tỉnh bằng nhau. Đối với nghề nghiệp, có sự phân bố tương đối đồng đều: viên chức chiếm 20,6%; nông dân chiếm 20,6%; công nhân chiếm 32,4%; nội trợ chiếm 26,5%. Nơi sinh sống và nghề nghiệp cũng là một yếu tố có thể ảnh hưởng đến quá trình hình thành Lupus. Nghiên cứu của tác giả Gergianaki và cộng sự cho thấy những bệnh nhân ở môi trường thành thị có nguy cơ mắc Lupus cao gấp 2 lần so với sống ở nông thôn. Nguyên nhân đặt ra có thể do môi trường thành thị, bệnh nhân tiếp xúc nhiều với khói thuốc lá, khói bụi, môi trường công nghiệp có tiếp xúc với hóa chất độc hại, môi trường văn phòng ít vận động,... là những nguyên nhân tăng nguy cơ mắc Lupus [3].

#### 4.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

**Độ tuổi khởi phát bệnh:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình khởi phát bệnh là  $43,0 \pm 13,7$ . So với nghiên cứu trước đó của Shansan Liu và cộng sự, độ tuổi trung bình khởi phát bệnh trong nghiên cứu là  $29,48 \pm 7,62$  [6]. Điều này chứng tỏ có sự đa dạng về độ tuổi khởi phát ở nhiều quốc gia khác nhau cùng thuộc khu vực Châu Á do sự khác nhau về dân tộc, môi trường, thói quen sinh hoạt và yếu tố di truyền khác nhau giữa các quốc gia.

#### Phân bố thể bệnh trên bệnh nhân

**Lupus:** Trong nghiên cứu chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân lupus hệ thống chiếm 50,0%, lupus đỏ da chiếm 50,0%. Phân bố này tương đồng với nghiên cứu trước đó của tác giả Cao Nguyên thực hiện tại bệnh viện Da Liễu TP.HCM về nồng độ vitamin D trên bệnh nhân Lupus, với tỉ lệ Lupus hệ thống chiếm 55,56% và Lupus đỏ da chiếm 48,6% [4]. Tỉ lệ phân bố thể bệnh Lupus có thể được lí giải do đặc thù tại địa điểm lấy mẫu. Đối với bệnh viện Da Liễu TP.HCM, là nơi tập trung điều trị các bệnh lý về da liễu nên có những bệnh nhân Lupus da và những bệnh nhân Lupus hệ thống có biểu hiện da đến khám, theo dõi và điều trị.

**Đặc điểm sang thương da niêm:** Trong nhóm bệnh nhân Lupus tham gia nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận sang thương da điển hình và sang thương da không điển hình, trong đó tổn thương da thường gặp nhất là rối loạn sắc tố da (64,7%). Đối với sang thương da - niêm lupus chịu tác động nhiều yếu tố bao gồm: bức xạ UV, thuốc, hút thuốc lá và yếu tố di truyền. IFN- $\gamma$  mang vai trò điều hòa tế bào Th2. Khởi phát của các tình trạng viêm tại da có thể được kích hoạt bởi tế bào Th2, sau đó tế bào Th1 có vai trò kích thích chuyển sang tình trạng viêm hoàn toàn thông qua các interferon t $\gamma$ . Từ đó hình thành các interleukin, cytokines gây viêm, thúc đẩy quá trình chết tế bào, tăng sinh mạch máu, hóa hướng động bạch cầu dẫn đến các sang thương da Lupus [9].

**4.3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân.** Những bệnh nhân có bất thường về huyết học chiếm 31,3% trong nghiên cứu của chúng tôi. Tỉ lệ này có sự tương đồng với các nghiên cứu trước đó, nghiên cứu của Shanshan Liu và cộng sự có tỉ lệ bất thường huyết học chiếm 32,6% [5] và nghiên cứu của Seleem và cộng sự là 48,8% [7]. Bất thường về huyết học là một trong những bất thường thường gặp trong bệnh lý Lupus ban đỏ, y văn ghi nhận tình trạng bất thường huyết học dao động từ 30% - 80%. Trong đó, thường gặp nhất là thiếu máu, sau đó là giảm

bạch cầu và ít gặp nhất là giảm tiểu cầu [1].

Về kết quả creatinin máu và độ lọc cầu thận ước tính, bệnh nhân có sự giảm chức năng thận nằm ở mức độ nhẹ và trung bình - nhẹ (G2 và G3a), chiếm 70,6% bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Trong nghiên cứu của Shansan Liu và cộng sự, bệnh nhân có bất thường về thận chiếm 67,91% [6]. Trong y văn cũng ghi nhận tổn thương thận là một trong những tổn thương thường gặp của Lupus ban đỏ, thường gặp đến 60% -70% trong các trường hợp Lupus ban đỏ [2].

Kết quả bất thường về bổ thể, tự kháng thể và tổng phân tích nước tiểu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ thấp hơn so với y văn và các nghiên cứu khác về Lupus ban đỏ [5]. Điều này có thể là do quá trình điều trị và diễn tiến bệnh kéo dài, đồng thời nhạy và độ đặc hiệu thay đổi xét nghiệm khác nhau, do đó có thể làm ảnh hưởng đến kết quả ghi nhận được.

**4.4. Điểm số CLASI và SLEDAI-2K.** Thang điểm CLASI đánh giá độ nặng da của bệnh nhân dao động từ 1 điểm đến 23 điểm. Trung bình điểm CLASI là  $8,2 \pm 5,9$ . Thang điểm SLEDAI-2K đánh giá độ hoạt động bệnh của nhóm bệnh nhân nghiên cứu dao động từ 0 điểm đến 21 điểm. Điểm trung bình SLEDAI-2K là  $8,26 \pm 5,20$ . Điểm số độ nặng da và độ hoạt động bệnh dao động ở mức độ nhẹ đến trung bình, thấp hơn so với nghiên cứu của Shansan Liu (điểm số SLEDAI trung bình 12 điểm) [6]. Điều này là do tiêu chuẩn chọn mẫu của các nhóm nghiên cứu khác nhau với từng thể bệnh lupus.

#### V. KẾT LUẬN

Kết quả của chúng tôi cho thấy quần thể người Việt Nam có sự đặc trưng về nhiều yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng cũng như mức độ nặng, mức độ hoạt động bệnh Lupus ban đỏ. Điều này đặt ra nhiều hướng nghiên cứu về cơ chế bệnh sinh, các yếu tố nguy cơ và đặc biệt là gen di truyền trong quá trình hình thành bệnh Lupus ban đỏ.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aleem, A., Al Arfaj, A. S., Khalil, N., & Alarfaj, H. J. A. R. P. (2014). Haematological abnormalities in systemic lupus erythematosus. 39(3), 236-241.
2. Didier, K., Bolko, L., Giusti, D., Toquet, S., Robbins, A., Antonicelli, F., & Servettaz, A. (2018). Autoantibodies Associated With Connective Tissue Diseases: What Meaning for Clinicians? Front Immunol, 9, 541.
3. Gergianaki, I., Fanouriakos, A., Adamichou, C., Spyrou, G., Mihalopoulos, N., Kazadzis, S., Chatzi, L., Sidiropoulos, P., Boumpas, D. T., & Bertisias, G. (2019). Is systemic lupus erythematosus different in urban versus rural

- living environment? Data from the Cretan Lupus Epidemiology and Surveillance Registry. 28(1), 104-113.
4. Lê Thị Cao Nguyên\*, L. T. V. T. (2019). Nồng độ Vitamin D huyết thanh trên bệnh nhân lupus ban đỏ. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 23(1), 75.
  5. Lee, Y. H., & Song, G. G. (2022). Association between the interferon- $\gamma$  +874 T/A polymorphism and susceptibility to systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis: A meta-analysis. *Int J Immunogenet*, 49(6), 365-371.
  6. Liu, S., Li, J., Li, Y., Liu, Y., Wang, K., & Pan, W. (2021). Association Between the Interferon- $\gamma$  +874 T/A Polymorphism and the Risk and Clinical Manifestations of Systemic Lupus Erythematosus: A Preliminary Study. *Pharmgenomics Pers Med*, 14, 1475-1482.
  7. Seleem, A., Settin, A., El-Kholy, W., Fathy, H., & Mohamed, A. (2013). TNF- $\alpha$  (-308) G>A and IFN- $\gamma$  (+874) A>T gene Polymorphisms in Egyptian Patients with Systemic Lupus Erythematosus: Focus on Lupus Nephritis. *%J Bulletin of Egyptian Society for Physiological Sciences*. 33(2), 113-126.
  8. To, C. H., Mok, C. C., Tang, S. S., Ying, S. K., Wong, R. W., & Lau, C. S. (2009). Prognostically distinct clinical patterns of systemic lupus erythematosus identified by cluster analysis. *Lupus*, 18(14), 1267-1275.
  9. Vale, E. C. S. d., & Garcia, L. C. (2023). Cutaneous lupus erythematosus: a review of etiopathogenic, clinical, diagnostic and therapeutic aspects. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 98(3), 355-372.
  10. Yahia, S. H., & Agmon-Levin, N. (2021). Chapter 10 - System lupus erythematosus and the environment. In G. C. Tsokos (Ed.), *Systemic Lupus Erythematosus (Second Edition)* (pp. 77-84). Academic Press.

## GIÁ TRỊ CỦA THANG ĐIỂM HEART TRONG DỰ ĐOÁN TỔN THƯƠNG MẠCH VÀNH THEO THANG ĐIỂM SYNTAX Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG MẠCH VÀNH CẤP KHÔNG ST CHÊNH LÊN

Phan Thái Hào<sup>1</sup>, Võ Anh Tài<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Hội chứng mạch vành cấp không ST chênh lên (HCMVCKSTCL) rất thường gặp tại khoa cấp cứu, và mức độ tổn thương mạch vành ảnh hưởng điều trị. Điểm SYNTAX, xác định thông qua chụp mạch vành, đánh giá chính xác độ phức tạp của tổn thương nhưng đòi hỏi thủ thuật xâm lấn. Ngược lại, điểm HEART – dựa trên các yếu tố lâm sàng (bệnh sử, ECG, tuổi, yếu tố nguy cơ, troponin) – cung cấp công cụ đánh giá nhanh chóng, không xâm lấn. Nghiên cứu này đánh giá hiệu quả của điểm HEART trong dự đoán mức độ nghiêm trọng của tổn thương mạch vành, biểu thị bằng điểm SYNTAX, ở bệnh nhân HCMVCKSTCL. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên 120 bệnh nhân HCMVCKSTCL nhập viện tại Bệnh viện Trưng Vương từ tháng 12/2023 đến tháng 9/2024. Bệnh nhân được đánh giá điểm HEART và chụp mạch vành trong vòng 48 giờ sau nhập viện. Điểm SYNTAX được phân loại thành nhóm nguy cơ thấp (0–22), trung bình (23–32), hoặc cao ( $\geq 33$ ). Tương quan giữa điểm HEART và SYNTAX được đánh giá bằng hệ số Spearman, và phân tích đường cong ROC xác định điểm cắt tối ưu của điểm HEART cho dự đoán SYNTAX  $\geq 23$ . **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của nhóm là 63,9 tuổi, với 66,7% là nam. Các yếu tố nguy cơ phổ biến bao gồm tăng huyết áp

(80,8%) và đái tháo đường (25,8%). Quan sát thấy tương quan thuận có ý nghĩa giữa điểm HEART và SYNTAX ( $\rho = 0,819$ ,  $p < 0,001$ ), với điểm HEART cao phản ánh mức độ tổn thương phức tạp hơn. Phân tích ROC cho diện tích dưới đường cong (AUC) là 0,912 (KTC 95% 0,862–0,963), với điểm cắt HEART là 5 cho độ nhạy 90,6% và độ đặc hiệu 83,9% trong dự đoán điểm SYNTAX trung bình – cao ( $\geq 23$ ). **Kết luận:** Điểm HEART là công cụ dự đoán không xâm lấn hiệu quả về độ phức tạp tổn thương mạch vành ở bệnh nhân HCMVCKSTCL, có tương quan có ý nghĩa với điểm SYNTAX. Điểm HEART  $\geq 5$  xác định bệnh nhân có nguy cơ cao mắc bệnh mạch vành nghiêm trọng với độ chính xác cao, hỗ trợ phân tầng nguy cơ nhanh chóng và không xâm lấn, tạo điều kiện cho can thiệp kịp thời trong tình huống cấp cứu. **Từ khóa:** điểm HEART, điểm SYNTAX, hội chứng mạch vành cấp không ST chênh lên, giá trị dự đoán.

### SUMMARY

#### THE PREDICTIVE VALUE OF THE HEART SCORE FOR CORONARY LESIONS BASED ON THE SYNTAX SCORE IN PATIENTS WITH NON-ST-ELEVATION ACUTE CORONARY SYNDROME

**Introduction:** Non-ST-elevation acute coronary syndrome (NSTEMI-ACS) is prevalent in emergency settings, with lesion severity influencing treatment pathways. The SYNTAX score, determined through coronary angiography, accurately assesses lesion complexity but requires an invasive procedure. In contrast, the HEART score – based on clinical factors (History, ECG, Age, Risk factors, Troponin)—offers a non-invasive, rapid assessment tool. This study

<sup>1</sup>Đại học y khoa Phạm Ngọc Thạch

<sup>2</sup>Bệnh viện Trưng Vương, TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thái Hào

Email: phanthatihao@yahoo.com

Ngày nhận bài: 21.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2024

Ngày duyệt bài: 28.10.2024