

adherence in patients with cancer: systematic review and meta-analysis. JMIR Cancer. 2025;11:e64208.

9. **De Geest S, Zullig LL, Dunbar-Jacob J, Helmy R, Hughes DA, Wilson IB, et al.** ESPACOMP Medication Adherence Reporting Guideline

(EMERGE). Int J Clin Pharm. 2018; 40(5):566-574.

10. **Zhang Y, Wu S, Li J, Zhu L, Su L, Chen C, et al.** Reliability and validity of the Chinese version of the 8-item Morisky Medication Adherence Scale in patients with cancer. Ann Palliat Med. 2021;10(7):7437-7446.

LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG LẦN ĐẦU CHẨN ĐOÁN: DỮ LIỆU TỪ TRUNG TÂM DỊ ỨNG MIỄN DỊCH LÂM SÀNG, BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Hoàng Phương^{1,2}, Lê Thị Oanh¹, Nguyễn Văn Hồng Quân³, Chu Chí Hiếu², Nguyễn Thị Thu Hà¹, Nguyễn Anh Minh¹, Vũ Thị Hằng², Phan Thị Ngọc Bích² và Bùi Văn Dân^{1,4}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Lupus ban đỏ hệ thống (SLE) là một bệnh tự miễn phức tạp với biểu hiện lâm sàng đa dạng. Đã có nhiều báo cáo mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của SLE tại nước ta, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đề cập đến nhóm lần đầu được chẩn đoán theo tiêu chuẩn EULAR/ACR 2019. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 37 người bệnh lần đầu tiên được chẩn đoán SLE theo bộ tiêu chí EULAR/ACR 2019 tại Trung tâm Dị ứng Miễn dịch lâm sàng, Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 10 năm 2024 đến tháng 8 năm 2025. **Kết quả:** Nữ giới là đối tượng chủ yếu với tỷ lệ nữ/nam là 5,2/1, nhóm tuổi 20-40 thường gặp nhất. Tổn thương huyết học thường gặp nhất, được ghi nhận ở 94,6% đối tượng nghiên cứu, tổn thương thận xác định ở 62,2% các trường hợp. Kháng thể kháng nhân dương tính ở toàn bộ các trường hợp, trong đó kiểu hình homogeneous thường gặp nhất trên miễn dịch huỳnh quang. Kháng thể kháng chuỗi kép DNA cũng gặp ở 97,3% người bệnh. Xét về mức độ hoạt động bệnh, đối tượng nghiên cứu chủ yếu ở nhóm hoạt động mạnh hoặc rất mạnh. **Kết luận:** Nhóm người bệnh SLE lần đầu được chẩn đoán tại Trung tâm Dị ứng Miễn dịch lâm sàng Bệnh viện Bạch Mai chủ yếu thuộc nhóm bệnh hoạt động mạnh/rất mạnh và tổn thương huyết học, thận là những biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất. **Từ khóa:** ACR/EULAR 2019, homogeneous, lupus ban đỏ hệ thống lần đầu chẩn đoán, SLEDAI, tổn thương huyết học

SUMMARY

NEWLY DIAGNOSED SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS: DATA FROM THE CLINICAL IMMUNOLOGY AND ALLERGY CENTER, BACH MAI HOSPITAL

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Phân hiệu Đại học Y Hà Nội tại Thanh Hoá

⁴Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Văn Dân

Email: buivandan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

Introduction: Systemic lupus erythematosus (SLE) is a complex autoimmune disease characterized by a broad spectrum of clinical manifestations. Although several studies in Vietnam have described the clinical and laboratory features of SLE, none have specifically focused on patients newly diagnosed according to the 2019 EULAR/ACR classification criteria. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 37 patients newly diagnosed with SLE based on the 2019 EULAR/ACR classification criteria at The Clinical Immunology and Allergy Center, Bach Mai Hospital, between October 2024 and August 2025. **Results:** Females predominated, with a female-to-male ratio of 5.2:1, and the most common age group was 20–40 years. Hematologic involvement was the most frequent manifestation (94.6%), followed by renal involvement (62.2%). Antinuclear antibodies were positive in all patients, with the homogeneous immunofluorescence pattern being the most common. Anti-double-stranded DNA antibodies were detected in 97.3% of cases. Regarding disease activity, most patients were classified as having high or very high activity. **Conclusion:** In this cohort of patients newly diagnosed with SLE at The Clinical Immunology and Allergy Center, Bach Mai Hospital, the majority presented with high or very high disease activity. Hematologic and renal involvement were the most frequent manifestations.

Keywords: 2019 ACR/EULAR, homogeneous pattern, newly diagnosed systemic lupus erythematosus, SLEDAI, hematologic involvement

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống (SLE) là bệnh lý của mô liên kết có tổn thương nhiều cơ quan do hệ thống miễn dịch của cơ thể bị rối loạn, đặc trưng bởi sự có mặt của kháng thể kháng nhân và nhiều tự kháng thể khác. SLE là bệnh lý thường gặp trong nhóm bệnh lý tự miễn hệ thống. Trên thế giới, tỷ lệ lưu hành SLE thay đổi khoảng 20-70/100.000 người, trong khi đó số người bệnh mới được chẩn đoán là 0,4 triệu người hàng năm [8]. Tại Việt Nam, SLE cũng là bệnh hệ thống hay gặp nhất với tỷ lệ mắc bệnh 50/100.000 người/năm.

SLE biểu hiện lâm sàng đa dạng và mức độ nghiêm trọng khác nhau. Trong SLE, bất kì cơ quan nào cũng có thể bị tổn thương [4]. Phần lớn người bệnh là phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, tỷ lệ nữ/nam ước tính từ 6-14/1 [9]. Giai đoạn tiền lâm sàng của SLE thường kéo dài, các tự kháng thể như kháng thể kháng nhân (ANA), kháng Ro/SSA, kháng dsDNA có thể xuất hiện nhiều năm trước khi người bệnh có triệu chứng rõ rệt. Khi bước vào giai đoạn lâm sàng, bệnh thường khởi phát với các biểu hiện đa dạng và không đặc hiệu, vì vậy việc chẩn đoán và phân loại thường bị chậm trễ. Trong khi đó, các nghiên cứu đã chỉ ra rằng việc phát hiện sớm SLE cho phép can thiệp kịp thời, giảm thiểu tổn thương cơ quan và mang đến lợi ích lâu dài. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều thách thức trong chẩn đoán sớm SLE trong thực hành lâm sàng. Các triệu chứng hay gặp trong SLE mới chẩn đoán bao gồm sốt chiếm tỷ lệ 34,5%, nổi ban ở má (49,6%). Trong nghiên cứu của Marca Mosca và cộng sự, tổn thương cơ quan hay gặp bao gồm viêm khớp (57,6%), trong khi đó các tự kháng thể thường gặp nhất là ANA (99,5%), kháng DsDNA 71,7%, kháng Sm 30,2% [7].

Cho đến nay chưa có nghiên cứu nào ở Việt Nam mô tả các đặc điểm của nhóm người bệnh SLE lần đầu tiên được chẩn đoán theo bảng EULAR/ACR 2019. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm người bệnh lupus ban đỏ hệ thống chẩn đoán lần đầu tại trung tâm Dị ứng - Miễn dịch lâm sàng Bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh được chẩn đoán SLE lần đầu theo tiêu chuẩn EULAR/ ACR 2019 [3];
- Người bệnh hoặc người giám hộ của người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có tiền sử chẩn đoán bệnh lý tự miễn hệ thống khác: viêm da cơ, xơ cứng bì hệ thống, viêm khớp dạng thấp, viêm mạch;
- Bệnh nhân được điều trị glucocorticoid hoặc ức chế miễn dịch trước đó;
- Phụ nữ có thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu không xác suất

Thời gian: Từ tháng 10/2024 đến tháng 8/2025

Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Dị ứng Miễn dịch lâm sàng Bệnh viện Bạch Mai

Các biến số và chỉ số nghiên cứu:

- Kháng thể kháng nhân dương tính: Hiệu giá ANA $\geq 1:80$ bằng phương pháp miễn dịch huỳnh quang sử dụng tế bào HEp-2 hoặc $>1,2$ Ndx bằng phương pháp ELISA

- Đặc điểm lâm sàng: định nghĩa các biểu hiện lâm sàng, mức độ bệnh theo EULAR/ACR 2019 [5].

- Kháng thể antiphospholipid: dương tính khi có ít nhất 1 trong 3 tiêu chí: (i) nồng độ kháng thể anticardiolipin (IgG hoặc IgM) dương tính, (ii) kháng thể anti- β_2 glycoprotein (IgG hoặc IgM) dương tính, (iii) chất kháng đông lupus dương tính.

- Nồng độ bổ thể: giảm nồng độ C3, C4 khi nồng độ huyết thanh C3 $< 0,9$ g/l, C4 $< 0,1$ g/l.

- Kháng thể đặc hiệu lupus: dương tính khi có kháng thể kháng dsDNA dương tính (> 25 U/ml) hoặc kháng Sm dương tính (> 18 AU/ml).

- Đánh giá hoạt động bệnh bằng thang điểm SLEDAI-2K [5].

Xử lý số liệu. Số liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0, sử dụng các thuật toán thống kê phù hợp.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu không can thiệp vào quá trình điều trị và không gây bất kì nguy cơ bất lợi nào đối với người tham gia.

- Đảm bảo quyền tự nguyện tham gia nghiên cứu của các đối tượng.

- Kết quả của nghiên cứu nhằm mục đích xác định các vấn đề cần cải thiện trong thực hành giúp cải thiện tiên lượng cho người bệnh, và hoàn toàn bảo mật.

- Người bệnh không tham gia nghiên cứu sẽ không có sự phân biệt trong điều trị và chăm sóc y tế.

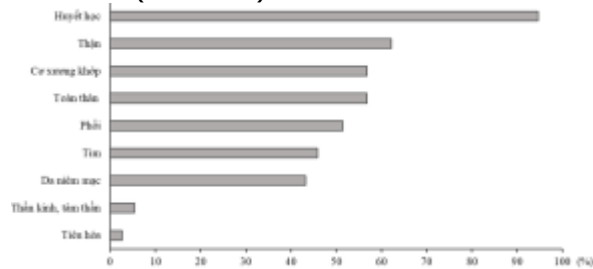
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Lupus ban đỏ hệ thống chẩn đoán lần đầu hay gặp ở nữ, với tỉ lệ 83,8% gấp 5,2 lần so với nam giới. Trong đó, 73% biểu hiện khởi phát SLE sớm (< 50 tuổi) đặc biệt ở nhóm trong độ tuổi sinh sản (21 – 40 tuổi) chiếm 40,5% (Bảng 1).

Bảng 1. Tỉ lệ mắc lupus ban đỏ theo giới tính và theo nhóm tuổi

Phân loại		n (N=37)	Tỉ lệ (%)
Theo giới	Nam	6	16,2
	Nữ	31	83,8
Theo nhóm tuổi	0 - 20	7	18,9
	21 - 40	15	40,5
	41 - 60	8	21,6
	> 60	7	18,9
Độ tuổi khởi phát	≤ 50	27	73,0
	> 50	10	27,0

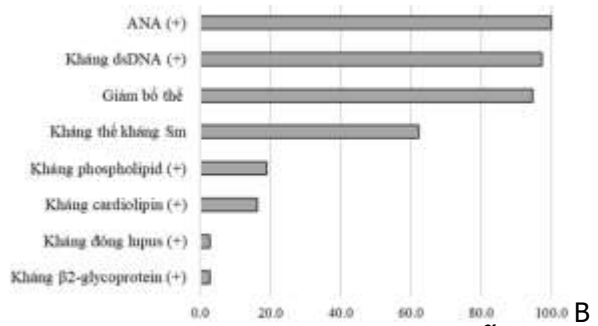
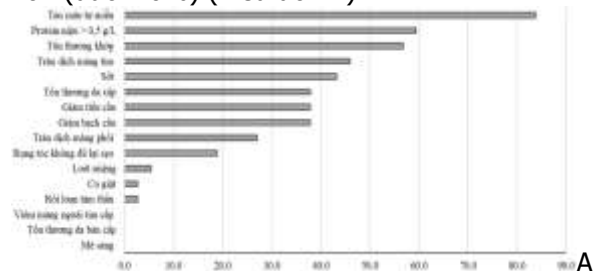
3.2. Phân bố tổn thương cơ quan trong nhóm đối tượng nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu cho thấy tổn thương huyết học là phổ biến nhất, với tỷ lệ 94,6% bệnh nhân bị ảnh hưởng. Tiếp theo, các cơ quan như thận, cơ xương khớp và toàn thân cũng ghi nhận tỷ lệ tổn thương tương đối cao, lần lượt đạt khoảng 60%, 58% và 56%. Tổn thương ở phổi, tim và da niêm mạc có mức độ trung bình, dao động từ 40% đến 50%. Ngược lại, các hệ cơ quan thần kinh, tâm thần và tiêu hóa ghi nhận tỷ lệ tổn thương thấp nhất, dưới 10% (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ tổn thương cơ quan trong nhóm nghiên cứu

3.3. Phân bố các đặc điểm lâm sàng và miễn dịch theo tiêu chuẩn EULAR/ACR 2019. Biểu hiện lâm sàng phổ biến nhất là tan máu tự miễn với tỷ lệ gần 80%, theo sau là protein niệu > 0,5 g/L (khoảng 65%), tổn thương khớp và tràn dịch màng tim (xấp xỉ 55–60%). Các biểu hiện khác như sốt, tổn thương da cấp, giảm tiểu cầu và giảm bạch cầu cũng ghi nhận ở tỷ lệ đáng kể (từ 30–45%). Một số triệu chứng ít gặp hơn bao gồm loét miệng, co giật, rối loạn tâm thần. Trong khi đó, tổn thương da bán cấp, viêm màng ngoài tim cấp và mê sảng không phát hiện ở trường hợp nào trong nghiên cứu (Biểu đồ 2A).

Xét về tiêu chí miễn dịch, toàn bộ người bệnh có xét nghiệm ANA (+), kháng thể kháng dsDNA (+) và giảm bổ thể chiếm tỷ lệ cao (trên 80%). Các tự kháng thể khác như kháng thể kháng Sm và kháng phospholipid được phát hiện ở khoảng 40–50% đối tượng nghiên cứu. Các tự kháng thể kháng thể kháng cardiolipin, kháng β 2-glycoprotein và kháng đông lupus có tỷ lệ thấp hơn (dưới 20%) (Biểu đồ 2B).



Biểu đồ 2. Đặc điểm lâm sàng, miễn dịch theo tiêu chuẩn EULAR/ACR 2019.

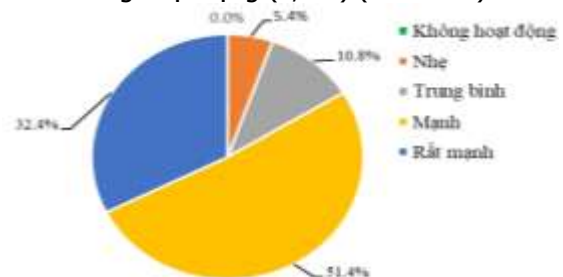
(A) Các đặc điểm lâm sàng; (B) Các đặc điểm miễn dịch

3.4. Kiểu hình ANA trên miễn dịch huỳnh quang. Trên miễn dịch huỳnh quang, chủ yếu gặp mẫu ANA dương tính với 1 kiểu hình chiếm 78,3%, trong khi có 21,7% trường hợp dương tính có 2 kiểu hình. Đáng chú ý, Homogeneous là kiểu hình thường gặp nhất chiếm 51,3%; Speckled và Cytoplasmic lần lượt dương tính ở 37,8% và 27% các trường hợp; kiểu hình Mitotic và Nucleolar gặp chỉ ở 1 trường hợp chiếm 2,7% (Bảng 2).

Bảng 2. Kiểu hình ANA miễn dịch huỳnh quang gián tiếp

Kiểu hình	N = 37	Tỷ lệ (%)
Homogeneous	14	37,8
Speckled	13	35,1
Cytoplasmic	2	5,4
Homogeneous + Cytoplasmic	5	13,5
Speckled + Cytoplasmic	1	2,7
Cytoplasmic + Mitotic	1	2,7
Cytoplasmic + Nucleolar	1	2,7

3.5. Mức độ hoạt động bệnh trong nhóm đối tượng nghiên cứu. Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, dựa trên thang điểm SLEDAI-2K, phần lớn có mức độ hoạt động mạnh (51,4%) và rất mạnh (32,4%), chiếm tổng cộng 83,8%. Trong khi đó, tỷ lệ người bệnh có mức độ hoạt động trung bình chiếm 10,8%, và nhẹ chỉ chiếm 5,4%. Đáng chú ý, không có đối tượng nào thuộc nhóm không hoạt động (0,0%) (Biểu đồ 3).



Biểu đồ 3. Mức độ hoạt động SLE

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 37 trường hợp lần đầu được chẩn đoán SLE cho thấy bệnh vẫn thường gặp ở nữ giới, với tỷ lệ mắc cao gấp hơn 5 lần so với nam giới. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước trên thế giới và Việt Nam, ủng hộ vai trò của nội tiết tố, đặc biệt là estrogen, có liên quan đến sự hoạt hóa miễn dịch và nguy cơ cao hơn ở nữ giới [9]. Trong nghiên cứu này, SLE khởi phát sớm trước 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao, trong đó nhóm tuổi từ 21–40 tuổi chiếm đến 40,5%, tương tự với báo cáo của Somers et al. và đồng nghiệp [10], cho thấy đây là nhóm nguy cơ chính cần được quan tâm trong công tác sàng lọc và phát hiện bệnh sớm.

Tổn thương huyết học chiếm tỉ lệ cao nhất (94,6%), tiếp đến là tổn thương thận (62,2%). Tỷ lệ này cao hơn một số báo cáo quốc tế, nhưng lại tương đồng với đặc điểm người bệnh châu Á – vốn có xu hướng tổn thương thận và huyết học nhiều hơn so với quần thể Âu – Mỹ. Trong nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Thanh Vân và cộng sự trên 74 người bệnh lupus ban đỏ hệ thống tại Bệnh viện Trung Ương Huế, tổn thương cơ quan hay gặp nhất là thận (75,4%), huyết học (74,3%); nghiên cứu ở nhóm người bệnh châu Á của Desmond YH Yap ghi nhận tỉ lệ tổn thương thận lên đến 50-60% so với 30 – 38% ở người da trắng [1]. Đặc biệt, tỉ lệ tổn thương thận cao nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tầm soát chức năng thận sớm ngay từ thời điểm chẩn đoán, đồng thời triển khai các biện pháp điều trị tích cực và theo dõi chặt chẽ nhằm hạn chế nguy cơ tiến triển đến biến chứng mạn tính.

Nghiên cứu của chúng tôi áp dụng tiêu chuẩn EULAR/ACR 2019 với ANA miễn dịch huỳnh quang dương tính là tiêu chí đầu vào nên tất cả các ca bệnh đều dương tính ANA, trong đó kiểu hình homogeneous chiếm ưu thế (51,4%), tiếp đến là speckled (37,8%). Nghiên cứu của Al-Mughales ghi nhận kiểu hình homogeneous 35,2%, speckled 52,1% [2]. Kháng thể kháng dsDNA dương tính ở 97,3% và kháng thể Sm ở 62,2% – cao hơn so với nhiều nghiên cứu quốc tế, thường dao động trong khoảng 30–40%. Kết quả của nghiên cứu gợi ý rằng các xét nghiệm miễn dịch rất có giá trị trong hỗ trợ chẩn đoán sớm và định hướng tiên lượng người bệnh mới chẩn đoán SLE tại Việt Nam.

Đánh giá tại thời điểm chẩn đoán cho thấy đa số trường hợp có bệnh hoạt động ở mức độ mạnh (51,4%) và rất mạnh (32,4%) theo thang điểm SLEDAI-2K. Mức độ hoạt động bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu tại Ai Cập (SLEDAI trung bình 12,96

± 8,32 và 54,3% người bệnh hoạt động mạnh và rất mạnh khi bắt đầu chẩn đoán) [6]. Sự khác biệt trong kết quả nghiên cứu có thể do cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ, thực hiện ở các ca bệnh nội trú mà không phải ngoại trú, sai lệch chọn mẫu tiềm ẩn, vì nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Bạch Mai, một bệnh viện tuyến cuối, nơi tập trung những ca bệnh phức tạp và nghiêm trọng từ khắp cả nước. Do đó, cần các nghiên cứu đa trung tâm, cỡ mẫu lớn hơn để làm sáng tỏ và bổ trợ thêm cho kết quả của nghiên cứu này.

V. KẾT LUẬN

Các đặc điểm lâm sàng và miễn dịch ở nhóm người bệnh lupus ban đỏ hệ thống chẩn đoán lần đầu theo tiêu chuẩn EULAR/ACR 2019 bao gồm chủ yếu gặp ở nữ trong độ tuổi sinh sản, hay gặp nhất là tổn thương huyết học, kháng thể kháng dsDNA dương tính và nồng độ bổ thể giảm. Có đến 83,8% người bệnh có mức độ hoạt động bệnh mạnh và rất mạnh tại thời điểm chẩn đoán, từ đó nhấn mạnh vai trò của việc chẩn đoán sớm SLE nhằm hạn chế tỉ lệ tử vong, tổn thương cơ quan đích.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoàng Thanh Vân, Nguyễn Trần Diệu Anh (2021). Clinical and sub-clinical features in patients with systemic lupus erythematosus. *Tạp chí Y Dược học*, 27(7), 25–32. <https://doi.org/10.34071/jmp.2021.7.4>
2. Al-Mughales, J. A. (2022). Anti-nuclear antibodies patterns in patients with systemic lupus erythematosus and their correlation with other diagnostic immunological parameters. *Frontiers in Immunology*, 13, 850759. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2022.850759>
3. Aringer, M., Costenbader, K., Daikh, D., Brinks, R., Mosca, M., Ramsey-Goldman, R., Smolen, J. S., Wofsy, D., Boumpas, D. T., Bruce, I. N., Cervera, R., Doria, A., Graninger, W., Hiepe, F., Jacobsen, S., Jayne, D., Kouloumas, M., Kovács, L., Mok, C. C., ... Yates, C. (2019). 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 78(9), 1151–1159. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2018-214819>
4. Cojocaru, M., Cojocaru, I. M., Silosi, I., & Vrabie, C. D. (2011). Manifestations of systemic lupus erythematosus. *Maedica (Bucharest)*, 6(4), 330–336.
5. Gladman, D. D., Ibañez, D., & Urowitz, M. B. (2002). Systemic lupus erythematosus disease activity index 2000. *The Journal of Rheumatology*, 29(2), 288–291. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11838846/>
6. Mokbel, A., Fouad, N. A., Alkmary, A., & Abdo, M. (2025). Disease activity at the onset of diagnosis as a predictor of disease outcomes in a cohort of patients with systemic lupus

- erythematosus: A post hoc retrospective analysis of the COMOSLE-EGYPT study. *Clinical Rheumatology*, 44(1), 229–235. <https://doi.org/10.1007/s10067-024-07222-w>
7. Mosca, M., Costenbader, K. H., Johnson, S. R., Lorenzoni, V., Sebastiani, G. D., Hoyer, B. F., Navarra, S., Bonfa, E., Ramsey-Goldman, R., Medina-Rosas, J., Piga, M., Tani, C., Tedeschi, S. K., Dörner, T., Aringer, M., & Touma, Z. (2019). Brief report: How do patients with newly diagnosed systemic lupus erythematosus present? A multicenter cohort of early systemic lupus erythematosus to inform the development of new classification criteria. *Arthritis & Rheumatology*, 71(1), 91–98. <https://doi.org/10.1002/art.40674>
 8. Pons-Estel, G. J., Alarcón, G. S., Scofield, L., Reinlib, L., & Cooper, G. S. (2010). Understanding the epidemiology and progression of systemic lupus erythematosus. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 39(4), 257–268. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2008.10.007>
 9. Ramirez Sepúlveda, J. I., Bolin, K., Mofors, J., Leonard, D., Svenungsson, E., Jönsen, A., Bengtsson, A. A., Nordmark, G., Rantapää-Dahlqvist, S., Wahren-Herlenius, M., & Gunnarsson, I. (2019). Sex differences in clinical presentation of systemic lupus erythematosus. *Biology of Sex Differences*, 10(1), 60. <https://doi.org/10.1186/s13293-019-0274-2>
 10. Somers, E. C., Marder, W., Cagnoli, P., Lewis, E. E., DeGuire, P., Gordon, C., Helmick, C. G., Wang, L., Wing, J. J., Dhar, J. P., & McCune, W. J. (2014). Population-based incidence and prevalence of systemic lupus erythematosus: The Michigan Lupus Epidemiology and Surveillance Program. *Arthritis & Rheumatology*, 66(2), 369–378. <https://doi.org/10.1002/art.38238>

MỐI LIÊN QUAN GIỮA TỶ LỆ CREATININE/CYSTATIN C VỚI CÁC ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Nguyễn Tấn Đức¹, Lê Quốc Tuấn²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tỷ lệ Creatinine/Cystatin C (Cre/CysC) huyết thanh thường được biết đến như một chỉ dấu thay thế trong chẩn đoán tình trạng thiếu cơ cũng như dự báo kết cục bất lợi ở một số bệnh lý. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu về mối liên quan giữa tỷ lệ này với các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) type 2. **Mục tiêu:** Đánh giá mối liên quan giữa tỷ lệ Cre/CysC huyết thanh với các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân ĐTĐ type 2. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 124 bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ type 2 đến khám tại khoa Khám bệnh, bệnh viện Quân y 175, từ 01/2025 đến 05/2025. Các dữ liệu được thu thập bao gồm: tuổi, giới, thời gian mắc đái tháo đường, chỉ số khối cơ thể (BMI); các kết quả xét nghiệm máu bao gồm: glucose đói, HbA1c, creatinine, cystatin C. Tỷ lệ Cre/CysC được tính bằng cách lấy nồng độ creatinine (mg/dL) chia cho nồng độ cystatin C (mg/L) (x100 nếu áp dụng). Các phân tích tương quan và hồi quy tuyến tính Cre/CysC theo tuổi, giới, BMI, thời gian mắc ĐTĐ, glucose và HbA1c được thực hiện. **Kết quả:** Trên tổng số 124 bệnh nhân, nam chiếm tỷ lệ 53.2%, tuổi trung vị của bệnh nhân là 51, thời gian mắc ĐTĐ trung vị là 5 năm, chỉ số khối cơ thể là 21.72 kg/m². Tỷ lệ Cre/CysC trung vị là 11.79. Không có sự khác

biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ trong các chỉ số trên ($p > 0.05$). Tỷ lệ Cre/CysC huyết thanh có tương quan nghịch mức độ trung bình với nồng độ glucose và HbA1c, tương quan nghịch mức độ mạnh với BMI, tương quan thuận mức độ yếu với tuổi bệnh nhân (r lần lượt là -0.33, -0.42, -0.78, 0.2827; $p < 0.05$); không có mối liên quan giữa tỷ lệ Cre/CysC với thời gian mắc ĐTĐ ($r = -0.13$, $p > 0.05$). **Kết luận:** Tỷ lệ Cre/CysC có xu hướng giảm khi bệnh nhân có BMI cao, nồng độ glucose máu khi đói và HbA1c cao. Đây là những bằng chứng gợi ý cho việc sử dụng tỷ lệ Cre/CysC huyết thanh như một dấu ấn bổ sung trong đánh giá tình trạng khối cơ và tình trạng chuyển hóa ở bệnh nhân ĐTĐ. **Từ khóa:** tỷ lệ creatinine/cystatin C; đái tháo đường; thiếu cơ; eGFR; BMI.

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN CREATININE/CYSTATIN C RATIO AND CLINICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Background: The serum creatinine-to-cystatin C ratio (Cre/CysC) has been proposed as a proxy for low muscle mass and adverse outcomes. Evidence in patients with type 2 diabetes (T2D) remains limited. **Objective:** To examine the association between serum Cre/CysC and clinical as well as biochemical characteristics in T2D. **Methods:** We conducted a cross-sectional analytical study of 124 adults with T2D attending the outpatient clinic of 175 Military Hospital (January–May 2025). Data included age, sex, diabetes duration, BMI, fasting plasma glucose, HbA1c, creatinine, and cystatin C. Cre/CysC was calculated as creatinine (mg/dL) divided by cystatin C (mg/L) [x100 if applicable]. Correlations and linear regression of

¹Bệnh viện Quân Y 175

²Trường Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quốc Tuấn

Email: dr.lequoctuan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025