

theo dõi 44 bệnh nhân nhồi máu thận do rung nhĩ, tỷ lệ tử vong khoảng 11,4% trong tháng đầu sau khi chẩn đoán. Trong hầu hết các nghiên cứu, nồng độ creatinin ổn định hoặc chỉ tăng nhẹ. Điều này chủ yếu do thận còn lại không bị ảnh hưởng hoặc phần nhu mô thận còn lại phì đại bù trừ [9].

#### IV. KẾT LUẬN

Nhồi máu thận là bệnh lý hiếm gặp trên lâm sàng và thường bị bỏ sót do biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu. Trước một bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng là đau hông lưng kèm theo buồn nôn/ nôn và có nguy cơ thuyên tắc, huyết khối thì cần nghĩ tới nhồi máu thận. Lựa chọn điều trị còn chưa rõ ràng, tùy thuộc vào kinh nghiệm và nguồn lực của trung tâm, đặc điểm bệnh nhân. Trong những bệnh nhân phù hợp, can thiệp mạch thận qua đường ống thông có thể là một lựa chọn điều trị nhằm cố gắng bảo tồn chức năng thận, phối hợp với điều trị thuốc chống chống đông và/hoặc thuốc chống kết tập tiểu cầu.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Paris, B., et al., Blood pressure and renal outcomes in patients with kidney infarction and hypertension. *J Hypertens*, 2006. **24**(8): p. 1649-54.
2. Saeed, K., Renal infarction. *Int J Nephrol Renovasc Dis*, 2012. **5**: p. 119-23.
3. Korzets, Z., et al., The clinical spectrum of acute renal infarction. *Isr Med Assoc J*, 2002. **4**(10): p. 781-4.
4. Hassanein, M., et al., Renal artery embolism successfully managed by ultrasound enhanced catheter directed thrombolysis. *Egypt Heart J*, 2018. **70**(4): p. 447-450.
5. Delezire, A., et al., Acute renal infarction: long-term renal outcome and prognostic factors. *J Nephrol*, 2021. **34**(5): p. 1501-1509.
6. Silverberg, D., et al., Acute renal artery occlusion: Presentation, treatment, and outcome. *J Vasc Surg*, 2016. **64**(4): p. 1026-32.
7. Blum, U., et al., Effect of local low-dose thrombolysis on clinical outcome in acute embolic renal artery occlusion. *Radiology*, 1993. **189**(2): p. 549-54.
8. Arabi, M., R. Vellody, and K. Cho, Acute Renal Artery Occlusion with Prolonged Renal Ischemia: A Case of Successful Treatment with Stent Placement and Catheter-directed Thrombolysis. *J Clin Imaging Sci*, 2011. **1**: p. 11.
9. Hazanov, N., et al., Acute renal embolism. Forty-four cases of renal infarction in patients with atrial fibrillation. *Medicine (Baltimore)*, 2004. **83**(5): p. 292-299.

## TỔN THƯƠNG DA TRÊN BỆNH NHÂN XƠ CỨNG BÌ HỆ THỐNG TIẾN TRIỂN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Vũ Thùy Linh\*, Hoàng Thị Lâm\*

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm tổn thương da và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 60 bệnh nhân điều trị nội trú tại trung tâm Dị ứng – Miễn dịch lâm sàng Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7/2020 đến tháng 9/2021. Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán theo bộ tiêu chuẩn của ACR/EULAR 2013. Kết quả nghiên cứu cho thấy tổn thương lâm sàng đa dạng, đặc biệt là các tổn thương da ở bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống, tất cả bệnh nhân đều có hiện tượng dày da với mức độ dày da trung bình của nhóm nghiên cứu là  $14,5 \pm 7,9$ , hiện tượng Raynaud (73,3%), thay đổi sắc tố da (53,3%), rụng tóc (46,7%), loét đầu chi (31,7%), hoại tử đầu chi (28,3%), sẹo lõm đầu chi (11,7%), loét da (33,3%), telangiectasisa (13,3%), calcinosis (18,3%). Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có tỷ lệ tổn thương nội tạng cao với bệnh phổi kẽ/xơ phổi chiếm 81,7%, tổn thương tiêu hóa 37/60 (61,7%) và tổn thương tăng áp

lực động mạch phổi 36/60 (60%). Tỷ lệ gặp tổn thương thận thấp nhất lần lượt với viêm cầu thận và khủng hoảng thận là 13,3 % và 5%. Các bệnh nhân được làm xét nghiệm kháng thể kháng nhân đều cho kết quả dương tính, kháng thể Scl-70 dương tính chiếm 67,9%, kháng thể anti-centromere dương tính là 31,3%. **Kết luận:** Tổn thương da ở bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống là các triệu chứng đặc trưng, quan trọng, là biểu hiện thường gặp nhất trong các thương tổn của XCBHT và thường được nhận ra trước các biểu hiện toàn thân giúp các bác sĩ hướng tới chẩn đoán. Các tổn thương da có thể gây ra sự khó chịu đáng kể (ngứa dai dẳng, mất sắc tố, vết loét hở gây đau đớn, ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống và thẩm mỹ). Những bệnh nhân có tiền sử tổn thương đầu chi, có nguy cơ tái phát, để lại biến chứng cao, vì vậy việc phân tầng bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ liên quan đến tổn thương để quản lý tổn thương hoại tử đầu chi nói riêng và các tổn thương da nói chung là quan trọng để có phương pháp điều trị bệnh kịp thời, hợp lý

**Từ khóa:** xơ cứng bì hệ thống, hoại tử đầu chi, hiện tượng Raynaud, thay đổi sắc tố da, rụng tóc, hoại tử đầu chi, bệnh phổi kẽ, tăng áp lực động mạch phổi

#### SUMMARY

#### CHARACTERISTIC AND RISK FACTORS FOR SKIN LESIONS IN PATIENTS WITH

\*Trường Đại học Y Hà Nội  
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thùy Linh  
Email: vulinhhmu@gmail.com  
Ngày nhận bài: 20.9.2021  
Ngày phản biện khoa học: 15.11.2021  
Ngày duyệt bài: 26.11.2021

## SYSTEMIC SCLEROSIS

**Objectives:** Our objective was to study the characterize dermal lesions and risk factors in patients with systemic sclerosis. **Methods and Methodology:** It was a cross-sectional descriptive study has conducted from July 2020 to July 2021 on 60 inpatients treated at Allergy and Clinical Immunology Center in Bach Mai Hospital. The patients met the diagnostic criteria according to the 2013 ACR/EULAR was selected. **Findings:** The results have shown that clinical lesions were diverse, especially skin lesions. The skin thickness – mRSS was  $14.5 \pm 7.9$ , Raynaud's phenomenon (73.3%), skin pigmentation disorder (53.3%), hair loss (46.7%), digital ulcers (31.7%), digital gangrene (28.3%), pitting scars (11.7%), skin ulcers (33.3%), telangiectasia (13.3), calcinosis (18,3%). The majority of visceral damage was interstitial lung disease accounting for 81.7%, gastrointestinal lesions 37/60 (61.7%), and pulmonary arterial hypertension 36/60 (60 %). In contrast, the minority was kidney injury, particularly glomerulonephritis, and renal crises were 13.3% and 5%, respectively. All patients tested for antinuclear antibody were positive, positive for anti-Scl-70 antibody accounted for 67.9%, the positive anticentromere antibody was 31.3%.

**Keywords:** Systemic sclerosis, mRSS, skin lesion, ACR/EULAR 2013

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ cứng bì hệ thống (Systemic Sclerosis – SSC, XCBHT) là bệnh tự miễn qua trung gian miễn dịch, đặc trưng bởi sự xơ cứng của da, các cơ quan nội tạng và tổn thương mạch máu [1].

Mặc dù xơ cứng bì hệ thống là một bệnh tự miễn hiếm gặp, nhưng bệnh gây tổn thương nhiều cơ quan nghiêm trọng, có tỷ lệ biến chứng và tử vong cao, mặc dù tiêu chuẩn chẩn đoán mới đã giúp phát hiện sớm bệnh, dẫn tới quản lý tốt hơn trước khi xuất hiện các biến chứng không thể đảo ngược. Tuy nhiên, việc xác định bệnh nhân có nguy cơ phát triển các tổn thương nội tạng nghiêm trọng cũng như loét đầu chi và/hoặc các biến chứng mạch máu khác vẫn còn thách thức.

Các biểu hiện ngoài da của xơ cứng bì là các triệu chứng đặc trưng, quan trọng, là biểu hiện thường gặp trong các tổn thương của XCBHT và thường được nhận ra trước các biểu hiện toàn thân giúp các bác sỹ hướng tới chẩn đoán xơ

cứng bì. Các biểu hiện ngoài da bao gồm dày da, hiện tượng Raynaud, loét da, loét đầu chi, lắng đọng canxi dưới da, Telangiectasia, ngứa, thay đổi sắc tố da, các thay đổi trên khuôn mặt. Các tổn thương da có thể gây ra sự khó chịu đáng kể (ngứa dai dẳng, mất sắc tố, vết loét hở, gây đau đớn ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống và thẩm mỹ) [2]. Tình trạng dày da do sự tăng sinh và tích tụ quá mức collagen ở da. Dày da tiến triển nhanh ở giai đoạn sớm của bệnh có liên quan đến nguy cơ tử vong và mức độ tổn thương nội tạng. Tổn thương mạch máu là một vấn đề quan trọng trong cơ chế bệnh sinh, trong đó một số tổn thương vi mạch, bao gồm tăng áp lực động mạch phổi và khủng hoảng thận, là nguyên nhân chính gây tử vong ở bệnh nhân XCBHT, thường im lặng ở bệnh nhân giai đoạn đầu. Các tổn thương mạch máu ở da bao gồm hiện tượng Raynaud, Telangiectasia, giãn mao mạch đầu chi, loét đầu chi có thể là một dấu ấn của các tổn thương mạch máu toàn thân và sửa chữa mạch máu bất thường ở bệnh nhân XCBHT [5]. Đó là một vấn đề đáng chú ý để chúng ta nhận ra sớm. Ngoài ra nhiều biểu hiện ngoài da chưa rõ cơ chế bệnh sinh, dẫn tới việc điều trị khó khăn. Do đó, chúng tôi làm nghiên cứu nhằm mục đích điều tra mức độ phổ biến, các đặc điểm và một số yếu tố liên quan tới tổn thương da ở bệnh nhân XCBHT.

Vì vậy tôi làm đề tài nghiên cứu "Tổn thương da trên bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống tiến triển và một số yếu tố liên quan" với hai mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm tổn thương da ở bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống tiến triển.*
2. *Nghiên cứu một số yếu tố liên quan với tổn thương da trên bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống tiến triển.*

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng.** Nghiên cứu được tiến hành trên 60 bệnh nhân được điều trị nội trú tại trung tâm Dị ứng – Miễn dịch lâm sàng, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7/2020 – 7/2021 theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ACR/ EULAR 2013 với độ nhạy 91% và độ đặc hiệu 92%. [4]

**Bảng 1: Tiêu chuẩn chẩn đoán XCBHT**

Nhóm	Dưới nhóm	Điểm
Dày da các ngón tay của cả 2 bàn tay lan rộng đến khớp bàn ngón tay. Dày da các ngón tay (chỉ tính điểm số cao nhất)	Sưng phù các ngón tay	9
	Xơ cứng da đầu ngón tay (chưa đến khớp bàn ngón, nhưng gần đến khớp ngón gần)	2 4
Tổn thương đầu ngón tay (chỉ tính điểm số cao nhất)	Loét đầu chi	2
	Sẹo lõm đầu ngón tay	3

Telangiectasia		2
Bất thường khi soi mao mạch nền móng		2
Tăng áp động mạch phổi và/hoặc bệnh phổi kẽ (tối đa 2 điểm)		2
Hiện tượng Raynaud		3
Các tự kháng thể liên quan đến XCBHT (tối đa 3điểm)	Anticentromere Anti-Scl-70; Anti-RNA polymerase III	3
<b>Bệnh nhân được chẩn đoán XCBHT khi có tổng điểm <math>\geq 9</math></b>		

➢ Bệnh nhân được đánh giá độ dày da theo thang điểm đánh giá mức độ dày da Rodnan sửa đổi (mRSS).

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không hợp tác tham gia nghiên cứu

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, mẫu ước lượng theo tỉ lệ

$$N = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{\Delta^2}$$

**Phương pháp thu thập số liệu:** Bệnh nhân được hỏi bệnh, khám bệnh theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

**2.3. Phân tích và xử lý số liệu:** Các số liệu thu thập được nhập, quản lý và xử lý số bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Sử dụng các thuật toán tính tỷ lệ phần trăm, tính giá trị trung bình, kiểm định "Khi bình phương ( $\chi^2$ )", T – test, Fisher – Exact test.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu trong y học:** Bệnh nhân đồng ý tự nguyện hợp tác trong quá trình tham gia nghiên cứu. Đây là nghiên cứu mô tả, không có can thiệp do đó không thực hiện bất kì một thủ thuật nào gây ra các tai biến nặng nề, gây nguy hiểm cho tính mạng bệnh nhân hoặc ảnh hưởng đến tiến độ điều trị. Chúng tôi cam kết tiến hành nghiên cứu với tinh thần trung thực, giữ bí mật thông tin về bệnh nhân.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân.

Nghiên cứu được thực hiện trên 60 bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống, trong đó có 48 bệnh nhân là nữ và 12 bệnh nhân là nam, thể lan tỏa chiếm 81,7%

**Bảng 2: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3. Đặc điểm tự kháng thể**

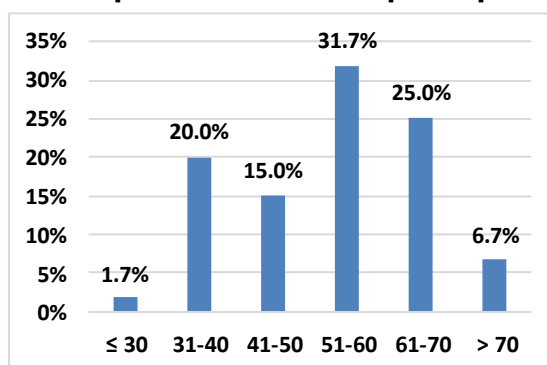
Chỉ số	Dương tính		Âm tính		Tổng
	n	%	n	%	
ANA	54	100	0	0	54
Scl70	36	67,9	17	32,1	53
ACA	5	31,3	11	68,7	16

**Nhận xét:** Tất cả các bệnh nhân được làm xét nghiệm đều có kháng thể kháng nhân dương tính, tỷ lệ kháng thể kháng Scl-70 dương tính là 67,9%, tỷ lệ kháng thể kháng anti-centromere dương tính là 31,3%

Đặc điểm	N	%	TB $\pm$ SD
Bệnh nhân	60	100	
Nam/Nữ	12/48	20/80	
Thể giới hạn/ thể lan tỏa	11/49	18,3/81,7	
Thời gian bị bệnh $\leq 3$ năm	37	61,7	
Tuổi			54,3 $\pm$ 12,9
Tuổi khởi phát			49,6 $\pm$ 14,4
Thời gian bị bệnh (tháng)			52,2 $\pm$ 59,3

**Nhận xét:** Số bệnh nhân XCBHT thể lan tỏa nhiều gấp 4 lần XCBHT thể giới hạn và 61,7% bệnh nhân có thời gian bị bệnh  $\leq 3$  năm. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 54,3  $\pm$  12,9.

### 3.2. Đặc điểm về tuổi khởi phát bệnh

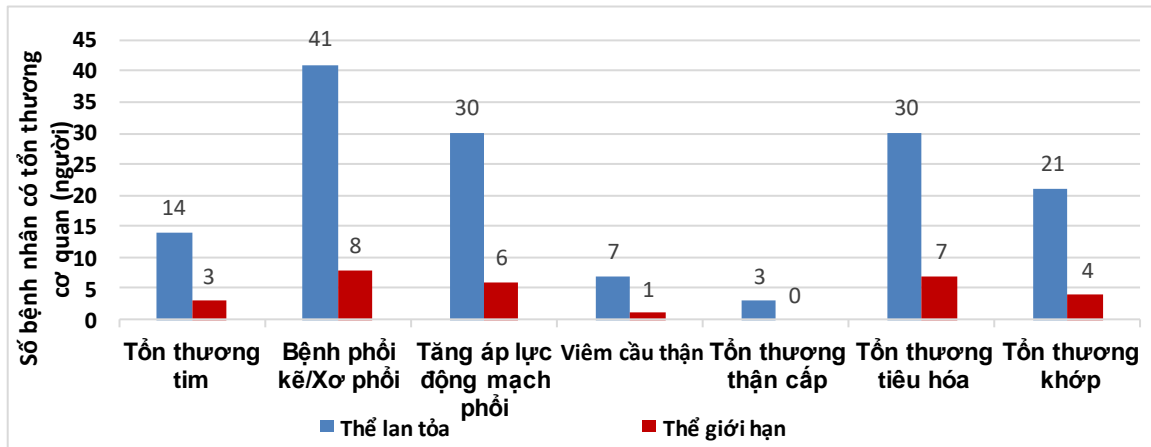


**Biểu đồ 3.1. Phân bố nhóm tuổi khởi phát**

**Nhận xét:** Bệnh chủ yếu khởi phát ở lứa tuổi trung niên từ 40-60 chiếm 31/60 (51,7%)

### 3.3. Đặc điểm tự kháng thể

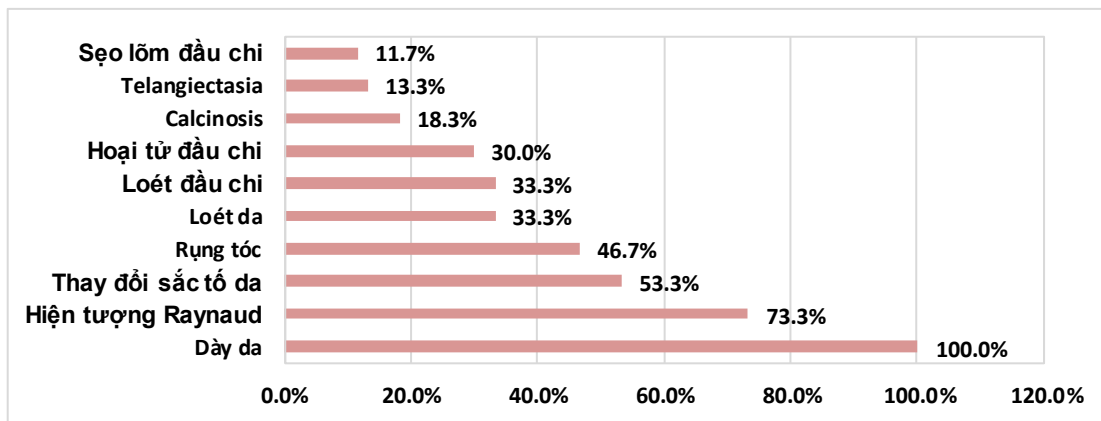
**3.4. Đặc điểm tổn thương cơ quan.**



**Biểu đồ 2. Đặc điểm tổn thương cơ quan**

**Nhận xét:** Tỷ lệ gặp tổn thương phổi kẽ là cao nhất chiếm 49/60 (81,7%), sau đó là tỷ lệ gặp tổn thương tiêu hóa 37/60 (61,7%) và tổn thương tăng áp lực động mạch phổi 36/60 (60%). Tỷ lệ gặp tổn thương thận thấp nhất lần lượt với viêm cầu thận và khủng hoảng thận là 13,3 % và 5%

**3.5. Đặc điểm tổn thương da ở bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống**



**Biểu đồ 3. Mức độ phổ biến của tổn thương da ở đối tượng nghiên cứu**

**Nhận xét:** Tất cả bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều có hiện tượng dày da, hiện tượng Raynaud chiếm tỷ lệ cao nhất (73,3%), sẹo lõm đầu chi chiếm tỷ lệ thấp nhất.

**3.6. Đặc điểm tổn thương đầu chi ở bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống và một số yếu tố liên quan**

**Bảng 5. Đặc điểm hoại tử đầu chi ở bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống**

Đặc điểm lâm sàng	Có hoại tử đầu chi	Không có hoại tử đầu chi	P
	N = 17	N = 43	
Tuổi hiện tại (TB±SD)	54 ± 13,34	54,38 ± 12,83	0,917
Tuổi khởi phát bệnh	48,28 ± 15,49	50,19 ± 14,04	0,448
Thời gian mắc bệnh	78,17 ± 88,56	38,4 ± 40,91	0,173
<b>BMI</b>	<b>17,41 ± 2,52</b>	<b>18,42 ± 1,9</b>	<b>0,046</b>
mRSS	15,89 ± 7,99	14,5 ± 7,95	0,54
Giới nam	4/18 (22,2)	8/42 (19)	0,78
Bệnh giai đoạn sớm (<3 năm)	10/18 (64,7)	27/42 (64,3)	0,52
dSSc	14/18 (77,8)	34/42 (81)	0,778
THA	2/18 (11,1)	8/42 (19)	0,45
ĐTĐ	2/18 (11,1)	5/42 (11,9)	1

RLMM	2/18 (11,1)	1/42 (2,4)	0,212
Hút thuốc lá	4/18 (22,2)	4/42 (9,5)	0,185
Hiện tượng Raynaud	16/18 (88,9)	28/42 (66,7)	0,074
Seo lõm đầu chi	3/18 (16,7)	4/42 (9,5)	0,42
Tiền sử loét đầu chi	12/18 (66,7)	7/42 (16,7)	0,00
Loét đầu chi	13/18 (72,2)	7/42 (16,7)	0,00
Nhiễm trùng loét đầu chi	7/18 (38,9)	3/42 (7,1)	0,002
Viêm tủy xương	3/18 (16,7)	1/42 (2,4)	0,077
Loét da	14/18 (77,8)	5/41 (12,2)	0,00
Calcinosis	9/18 (50)	2/42 (4,8)	0,00
Telangiectasia	3/18 (16,7)	5/42 (11,9)	0,62
Thay đổi sắc tố da	8/18(44,4)	24/42 (57,1)	0,366
Rụng tóc	11/18 (61,1)	17/42 (40,5)	0,142
Tổn thương tim	4/18 (22,2)	13/42 (31)	0,49
Bệnh phổi kẽ/ xơ phổi	13/18 (72,2)	36/42 (85,7)	0,216
PAH	11/18 (61,1)	25/42 (59,5)	0,91
Viêm cầu thận	4/18 (11,8)	4/42 (9,5)	0,185
Tổn thương thận cấp do xơ cứng bì	0/18	3/42 (7,1)	0,55
Tổn thương tiêu hóa	10/18 (55,6)	27/42 (64,3)	0,524
Tổn thương khớp	6/18 (33,3)	18/42 (42,9)	0,49
Anti-Sc170	10/15 (66,7)	26/38 (68,4)	0,9
ACA	1 / 4 (25)	4/12 (33,3)	1
C3	0,98 ± 0,33	0,99 ± 0,36	0,9
C4	0,22 ± 0,1	0,22 ± 0,77	0,91
Cholesterol	5,9 ± 3,27	4,3 ± 1,35	0,34
Triglyceride	2,5 ± 1,9	1,6 ± 0,62	0,24
HDL	1,15 ± 0,2	1,12 ± 0,34	0,92
LDL	3,4 ± 2,5	2,5 ± 0,98	0,43
Hb	124,5 ± 17,8	119,7 ± 20,9	0,42
RDW	15,2 ± 1,7	16 ± 3,3	0,36

**Nhận xét:** Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chỉ số BMI, tiền sử loét đầu chi, các biến chứng của loét đầu chi và calcinosis giữa 2 nhóm có và không có hoại tử đầu chi

**Bảng 6. Một số yếu tố liên quan với hoại tử đầu chi trong mô hình hồi quy logistic đa biến**

Đặc điểm lâm sàng	OR	Khoảng tin cậy 95%	p
Tuổi	0,951	0,878 - 1,030	0,220
Giới nam	0,860	0,103 - 7,186	0,890
Thời gian mắc bệnh	1,009	0,996 - 1,023	0,165
XCBHT thể lan tỏa	1,130	0,112 - 11,401	0,917
Hút thuốc lá	0,678	0,051 - 9,017	0,768
Đái tháo đường	0,791	0,042 - 14,838	0,875
Tăng huyết áp	1,320	0,059 - 29,515	0,861
Rối loạn mỡ máu	1,983	0,040 - 98,105	0,731
Tiền sử loét đầu chi	1,729	0,166 - 18,042	0,647
<b>Loét đầu chi</b>	<b>8,34</b>	<b>1,178 - 58,976</b>	<b>0,034</b>
<b>Calcinosis</b>	<b>13,36</b>	<b>1,446 - 123,369</b>	<b>0,022</b>

**Nhận xét:** những bệnh nhân có loét đầu chi có nguy cơ gặp tổn thương hoại tử đầu chi gấp 8,34 lần, những bệnh nhân có calcinosis có nguy cơ gặp tổn thương hoại tử đầu chi gấp 13,36 lần.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 60 bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống thu được kết quả tỷ lệ mắc bệnh ở nữ cao gấp 4 lần ở nam giới. Tuổi khởi phát của đối tượng nghiên cứu là 49,6 tuổi và tỷ

lệ bệnh nhân ở độ tuổi trung niên từ 40-60 tuổi chiếm 51,7%. Điều này hoàn toàn phù hợp với đặc điểm của bệnh xơ cứng bì là bệnh chủ yếu ở độ tuổi trung niên và cũng giống như một số bệnh tự miễn khác. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về độ tuổi trung bình của bệnh nhân

và tỷ lệ nữ/nam cũng tương tự như các nghiên cứu đa trung tâm trên số lượng lớn bệnh nhân và các nghiên cứu đơn trung tâm với cỡ mẫu nhỏ hơn [5].

Kết quả nghiên cứu cho thấy tổn thương lâm sàng đa dạng, đặc biệt là các tổn thương da ở bệnh nhân XCBHT, tất cả bệnh nhân đều có hiện tượng dày da với mức độ dày da trung bình của nhóm nghiên cứu là  $14,5 \pm 7,9$ , hiện tượng Raynaud (73,3%), thay đổi sắc tố da (53,3%), rụng tóc (46,7%), loét đầu chi (31,7%), hoại tử đầu chi (28,3%), sẹo lõm đầu chi (11,7%), loét da (33,3%), telangiectasisa (13,3%), calcinosis (18,3%). Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có tỉ lệ tổn thương nội tạng cao với bệnh phổi kẽ/xơ phổi chiếm 81,7%, tổn thương tiêu hóa 37/60 (61,7%) và tổn thương tăng áp lực động mạch phổi 36/60 (60%). Tỉ lệ gặp tổn thương thận thấp nhất lần lượt với viêm cầu thận và khủng hoảng thận là 13,3 % và 5%. Các bệnh nhân được làm xét nghiệm kháng thể kháng nhân đều cho kết quả dương tính, kháng thể anti-ScI-70 dương tính chiếm 67,9%, kháng thể anticentromere dương tính là 31,3%. Tất cả các triệu chứng về tổn thương da được hỏi bệnh và khám lâm sàng, với điểm dày da được tính theo thang điểm đánh giá mức độ dày da Rodnan sửa đổi (mRSS).

Các biến chứng của loét đầu chi trong nghiên cứu là nhiễm trùng chiếm 53% các bệnh nhân có loét đầu chi, viêm tủy xương là 21,1%, hoại tử đầu chi là 89,5%, tỉ lệ cần tới can thiệp phẫu thuật cắt cụt đầu chi là 68,4%. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cũng tương tự kết quả của Dilia Giuggioli và cộng sự (2017) [6]. Tỉ lệ hoại tử đầu chi cao hơn so với kết quả phân tích của Carina Mihai và cộng sự [1], có thể là do nghiên cứu của chúng tôi phân tích dữ liệu những bệnh nhân cần nhập viện điều trị, trong đó có 1 tỉ lệ đáng kể những bệnh nhân cần điều trị biến chứng của loét đầu chi, hoại tử đầu chi.

Tỉ lệ gặp hiện tượng Raynaud trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Carina Mihai [1], điều này có thể do là nghiên cứu của Carina Mihai được tiến hành trên bệnh nhân ở vùng khí hậu ôn đới, trong khi khí hậu ở Việt Nam là nhiệt đới.

Loét đầu chi làm cho bệnh nhân đau đớn đặc biệt khi đi kèm với nhiễm trùng, viêm tủy xương càng làm giảm nặng chức năng của bàn tay. Việc xác định các yếu tố liên quan với hoại tử đầu chi là quan trọng. Trong nghiên cứu của chúng tôi,

các yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với hoại tử đầu chi là nhiễm trùng loét đầu chi, tiền sử loét đầu chi, calcinosis, loét đầu chi, các yếu tố khác có mức ít quan ít hơn là thay đổi sắc tố da, bệnh phổi kẽ và giới nam. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá giống với kết quả nghiên cứu của Dilia Giuggioli [6] và cộng sự. Nhận thấy những bệnh nhân có tiền sử loét đầu chi, có nguy cơ tái phát rất cao, và ở những bệnh nhân XCBHT khả năng lành vết thương kém hơn đối tượng khỏe mạnh nên để lại các biến chứng gây tàn tật, ảnh hưởng nghiêm trọng tới thẩm mỹ và chất lượng cuộc sống.

## V. KẾT LUẬN

Tổn thương da của xơ cứng bì là các triệu chứng đặc trưng, quan trọng, là biểu hiện thường gặp nhất trong các thương tổn của XCBHT và thường được nhận ra trước các biểu hiện toàn thân giúp các bác sĩ hướng tới chẩn đoán xơ cứng bì. Các tổn thương da có thể gây ra sự khó chịu đáng kể (ngứa dai dẳng, mất sắc tố, vết loét hở gây đau đớn, ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống và thẩm mỹ). Những bệnh nhân có tiền sử tổn thương đầu chi, có nguy cơ tái phát, để lại biến chứng cao, vì vậy việc phân tầng bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ liên quan đến tổn thương để quản lý tổn thương hoại tử đầu chi nói riêng và các tổn thương da nói chung, vì vậy phương pháp điều trị bệnh kịp thời, hợp lý

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Carina Mihai, Oliver Distler et al (2019)** Incidence and risk factors for gangrene in patients with systemic sclerosis from the EUSTAR cohort
- Ilya Razykov, Brooke Levis, Marie Hudson, et al (2013)**. Prevalence and clinical correlates of pruritus in patients with systemic sclerosis
- Lynne Shand, Christopher P. Denton, et al (2006)**. Relationship Between Change in Skin Score and Disease Outcome in Diffuse Cutaneous Systemic Sclerosis.
- Van den Hoogen F, Khanna D, Fransen J, et al. (2013)** Classification Criteria for Systemic Sclerosis: An American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Collaborative Initiative: ACR/EULAR Classification Criteria for systemic sclerosis.
- Clodoveo Ferri, Gabriele Valentini et al (2002)** Demographic, Clinical, and Serologic Features and Survival in 1,012 Italian Patients
- Dilia Giuggioli, Andreina Manfredi et al (2017)** Scleroderma skin ulcers definition, classification and treatment strategies our experience and review of the literature