

YẾU TỐ DỰ ĐOÁN TIẾN TRIỂN CHỨC NĂNG THẬN KÉM TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM THẬN LUPUS

Nguyễn Minh Tiến¹, Nguyễn Bách²

TÓM TẮT

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu – tiến cứu trên 50 bệnh nhân được chẩn đoán viêm thận lupus và được sinh thiết thận tại Khoa Nội Thận – Lọc máu, Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 01/2013 đến 07/2025.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: (1) Chẩn đoán xác định viêm thận lupus dựa trên tiêu chuẩn SLICC 2012, cập nhật theo KDIGO 2024; (2) Có kết quả sinh thiết thận phân loại theo ISN/RPS.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Sinh thiết thận nhóm VI (xơ hóa toàn thể); (2) Mặc kèm các bệnh lý cầu thận khác không do Lupus; (3) Không đủ dữ liệu nghiên cứu.

Kết quả: Sau 6 tháng, tỉ lệ bệnh nhân có tiến triển chức năng thận kém là 82,0% (41/50 bệnh nhân). Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy tổn thương giải phẫu bệnh thể tăng sinh là yếu tố tiên lượng độc lập duy nhất có ý nghĩa thống kê ($p = 0,037$). Sự hiện diện của tổn thương thể tăng sinh làm tăng nguy cơ tiến triển chức năng thận kém lên 21,537 lần so với các thể khác (OR = 21,537; KTC 95%: 1,196 - 387,987).

Kết luận: Tỉ lệ tiến triển chức năng thận kém ở bệnh nhân viêm thận lupus có biểu hiện nặng (có chỉ định sinh thiết) là rất cao. Tổn thương giải phẫu bệnh thể tăng sinh là yếu tố dự đoán độc lập và quyết định nhất cho kết cục này.

Từ khóa: Viêm thận lupus, tiến triển chức năng thận kém, sinh thiết thận, giải phẫu bệnh thể tăng sinh.

SUMMARY

PREDICTORS OF POOR RENAL EVOLUTION IN PATIENTS WITH LUPUS NEPHRITIS

Objectives: To determine the proportion and predictive factors of poor renal function progression after 6 months in lupus nephritis patients who underwent renal biopsy at Thong Nhat Hospital.

Subjectives and methods: A retrospective and prospective cohort study was conducted on 50 patients diagnosed with lupus nephritis who underwent renal biopsy at the Nephrology - Dialysis Department, Thong Nhat Hospital from January 2013 to July 2025. Inclusion criteria: (1) Diagnosed with lupus nephritis based on SLICC 2012 criteria, updated by KDIGO 2024; (2) Having renal biopsy results classified by the ISN/RPS system. Exclusion criteria: (1) Class VI lupus nephritis (global sclerosis); (2) Co-morbidities of other non-lupus glomerular diseases; (3) Insufficient clinical and subclinical data.

Results: The proportion of patients with poor renal function progression after 6 months was 82.0% (41/50 patients). Multivariate logistic regression analysis showed that proliferative histopathology was the only independent predictive factor with statistical significance ($p = 0.037$). The presence of proliferative lesions increased the risk of poor renal function progression by 21.537 times compared to other classes (OR = 21.537; 95% CI: 1.196 - 387.987).

Conclusions: The rate of poor renal function progression in severe lupus nephritis patients (indicated for biopsy) is exceptionally high. Proliferative histopathological lesion is a strong and independent predictor for this outcome.

Keywords: Lupus nephritis, poor renal progression, renal biopsy, proliferative histopathology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm thận lupus (VTL) là một trong những biến chứng nặng nề và phổ biến nhất của bệnh lupus ban đỏ hệ thống, ảnh hưởng trực tiếp đến tiên lượng sống còn của người bệnh¹. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ vượt bậc trong các phác đồ điều trị ức chế miễn dịch, một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân VTL vẫn không đạt được lui bệnh hoàn toàn và tiếp tục tiến triển đến bệnh thận mạn giai đoạn cuối hoặc tử vong. Việc nhận diện sớm các bệnh nhân có nguy cơ cao tiến triển chức năng thận kém là một thách thức trong thực hành lâm sàng, đòi hỏi những công cụ dự báo chính xác ngay từ giai đoạn đầu tiếp cận bệnh.

Tại Việt Nam, bệnh nhân viêm thận lupus thường tiếp cận điều trị ở giai đoạn muộn với

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Thống Nhất

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Tiến

Email: tiennhc98@gmail.com

Mã bài: TTN-16

Ngày nhận bài: 18/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 15/3/2026

Ngày duyệt bài: 2/6/2026

bệnh cảnh phức tạp, đan xen giữa tình trạng viêm cấp tính và các tổn thương xơ hóa mạn tính sẵn có. Khảo sát trên nhóm bệnh nhân có chỉ định sinh thiết thận cho thấy sự tương đồng về mức độ nặng, thể hiện qua phần lớn các ca bệnh đều có biểu hiện hội chứng thận hư và tiểu máu². Sự đồng nhất lâm sàng này có thể làm giảm độ nhạy và giới hạn khả năng phân tầng nguy cơ của các chỉ số thường quy. Thực tế này đặt ra một thách thức trong đánh giá lâm sàng: giữa các đặc điểm lâm sàng ban đầu, chỉ số cận lâm sàng, phác đồ điều trị và tổn thương mô bệnh học, yếu tố nào mang giá trị tiên lượng độc lập và có ý nghĩa quan trọng nhất đối với kết cục của người bệnh?

Bên cạnh đó, mốc thời gian 6 tháng sau điều trị tấn công được y văn ghi nhận là thời điểm quan trọng, có giá trị dự báo đối với tiến triển chức năng và tỷ lệ sống còn lâu dài của thận³. Mặc dù vậy, các dữ liệu thực tiễn tại Việt Nam nhằm đánh giá toàn diện và so sánh giá trị dự báo độc lập của các yếu tố nêu trên tại cột mốc này vẫn còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm hai mục tiêu:

Xác định tỷ lệ tiến triển chức năng thận kém sau 6 tháng ở bệnh nhân viêm thận lupus được sinh thiết thận tại Bệnh viện Thống Nhất.

Xác định các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị và mô bệnh học dự đoán tiến triển chức năng thận kém ở nhóm đối tượng này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên các bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm thận lupus và có chỉ định sinh thiết thận điều trị tại Khoa Nội Thận – Lọc máu, Bệnh viện Thống Nhất trong thời gian từ tháng 01/2013 đến tháng 07/2025.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên.

Chẩn đoán xác định lupus ban đỏ hệ thống dựa theo tiêu chuẩn của SLICC 2012 và viêm thận lupus theo hướng dẫn của KDIGO 2024.

Có kết quả mô bệnh học qua sinh thiết thận được phân loại theo hệ thống tiêu chuẩn của Hiệp hội Thận học Quốc tế/Hội Bệnh lý học Thận (ISN/RPS) năm 2003.

Được theo dõi và đánh giá chức năng thận,

protein niệu ít nhất đến tháng thứ 6 sau khi sinh thiết.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Kết quả sinh thiết thận thuộc nhóm VI (xơ hóa toàn thể) hoặc mẫu sinh thiết không đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán.

Bệnh nhân có mắc kèm các bệnh lý cầu thận khác không do lupus (như bệnh thận IgA, viêm cầu thận hậu nhiễm liên cầu trùng, đái tháo đường...).

Hồ sơ bệnh án không ghi nhận đầy đủ các dữ liệu lâm sàng và cận lâm sàng cần thiết cho nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ (kết hợp hồi cứu và tiến cứu)

2.2. Quy trình tiến hành và thu thập dữ liệu

Quy trình nghiên cứu được thực hiện qua các bước thu thập dữ liệu nền và theo dõi đánh giá kết cục tại thời điểm 6 tháng:

Thu thập dữ liệu ban đầu: Các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn nhận bệnh sẽ được thu thập thông tin qua hồ sơ bệnh án (nhóm hồi cứu) hoặc thăm khám trực tiếp (nhóm tiến cứu). Các biến số được ghi nhận bao gồm:

Đặc điểm lâm sàng: Tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh, huyết áp, tình trạng phù, các biểu hiện ngoài thận và mức độ hoạt động của bệnh lupus ban đỏ hệ thống (theo thang điểm SLEDAI).

Đặc điểm cận lâm sàng: Công thức máu, ure, creatinin huyết thanh, độ lọc cầu thận ước đoán (eGFR tính theo công thức CKD-EPI) và protein niệu 24 giờ.

Đặc điểm mô bệnh học: Kết quả sinh thiết thận được phân loại theo hệ thống của Hiệp hội Thận học Quốc tế / Hội Bệnh học Thận (ISN/RPS). Đồng thời, mức độ tổn thương mô học được đánh giá chi tiết thông qua chỉ số hoạt động (Activity Index) và chỉ số mạn tính (Chronicity Index).

Đặc điểm điều trị: Tiền sử và hiện tại sử dụng glucocorticoid, các thuốc ức chế miễn dịch.

Đánh giá kết cục tại thời điểm 6 tháng: Bệnh nhân được theo dõi và đánh giá lại các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng ở tháng thứ 6. Biến kết cục chính của nghiên cứu là tình trạng “Tiến triển chức năng thận kém”, được xác định khi bệnh nhân xuất hiện ít nhất một trong bốn đặc điểm sau:

Không đáp ứng với điều trị: Cận lắng nước tiểu dương tính, protein niệu > 0,5 g/ngày, suy giảm

chức năng thận (eGFR < 90 ml/phút/1,73m² hoặc eGFR giảm > 10% so với mức nền).

Tái phát hoạt động của viêm thận: Cặn lắng nước tiểu có hồng cầu > 15/quang trường 40, hồng cầu biến dạng, và/hoặc có trụ niệu, và/hoặc đạm niệu (> 1 g/24h hoặc > 1 g/g ở bệnh nhân đã đạt đáp ứng hoàn toàn, hoặc tăng > 50% so với mức đạm niệu cũ ở bệnh nhân mới đạt đáp ứng một phần), và/hoặc giảm eGFR > 25% không do nguyên nhân nào khác.

Tiến triển suy thận: Theo tiêu chuẩn SLICC 2012 cho tổn thương thận mạn, bao gồm độ thanh thải creatinin < 50%, đạm niệu > 3,5 g/24h hoặc tiến triển đến Bệnh thận mạn giai đoạn cuối duy trì trên 6 tháng.

Tử vong.

2.3. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS. Các biến định lượng có phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng số trung bình ± độ lệch chuẩn; nếu phân phối không chuẩn trình bày bằng trung vị. Các biến định tính được biểu diễn bằng tần số và tỷ lệ phần trăm (%). Để tìm các yếu tố dự đoán độc lập, nghiên cứu tiến hành phân tích hồi quy logistic đơn biến, sau đó đưa các biến có ý nghĩa vào mô hình hồi quy logistic đa biến. Sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

2.4. Y đức

Nghiên cứu này tuân thủ y đức và đã được Hội đồng Đạo đức của Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch (Số 1206/TĐHYKPNT-HĐĐĐ) và Bệnh viện Thống Nhất (Số 174/2025/CN-HĐĐĐ-BVTN) thông qua trước khi triển khai.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi (trung bình, độ lệch chuẩn)	36,73 ± 9,76
Nữ giới (n,%)	41(82,00)
Suy giảm chức năng thận (ĐLCT < 60 mL/phút/1,73m ² da) (n, %)	13 (26,00)
Protein niệu (g/24 giờ) (trung vị, tứ phân vị)	4,00 (2,40 – 6,55)
Tiểu máu (n,%)	45 (90)
Hội chứng thận viêm (n,%)	21 (42)
Tiểu đạm (n,%)	48 (96)
Hội chứng thận hư (n,%)	29 (58)
Chỉ số SLEDAI (trung vị, tứ phân vị)	16 (14 – 19)
Phân nhóm mô bệnh học (ISN/RPS)	
Nhóm giải phẫu bệnh tăng sinh (n,%)	43 (86,00)
Chỉ số hoạt động (trung bình, độ lệch chuẩn)	12,86 ± 3,89
Chỉ số mạn tính (trung vị, khoảng tứ phân vị)	3,00 (2,00 – 5,00)

Khảo sát trên 50 bệnh nhân viêm thận lupus có chỉ định sinh thiết, đối tượng chủ yếu là nữ giới trẻ tuổi (tuổi trung bình 36,73 ± 9,76). Mẫu nghiên cứu cho thấy sự đồng nhất cao về mức độ nặng của bệnh trên lâm sàng. Tỷ lệ bệnh nhân có tiểu máu vi thể lên đến 90,0% và tỷ lệ biểu hiện hội chứng thận hư chiếm 59,0%, tỷ lệ suy giảm chức năng thận chiếm 26,0%. Về mặt mô bệnh học, nhóm tổn thương thể tăng sinh chiếm ưu thế với mức độ hoạt động ở mức cao, chỉ số hoạt động trung bình 12,86.

3.2. So sánh các giá trị cận lâm sàng tại thời điểm ban đầu so với 6 tháng sau*Bảng 2: So sánh các giá trị cận lâm sàng thời điểm ban đầu so với 6 tháng sau*

Đặc điểm	Thời điểm ban đầu (T0)	Thời điểm 6 tháng sau (T6)	Giá trị p
Creatinine huyết thanh ($\mu\text{mol/L}$) (trung vị, tứ phân vị)	92 (62,5 – 111,00)	67 (58,5 – 91)	0,132*
ĐLCT (mL/phút/1,73m^2 da) (trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn)	83,01 $\pm$ 39,79	115,65 $\pm$ 162,98	0,002**
Protein niệu 24 giờ (g) (trung vị, tứ phân vị)	4,00 (2,40 – 6,55)	0,7 (0,24 – 4,00)	< 0,001**
Tiểu máu (n, %)	45 (90,00%)	35 (70,00%)	0,013***

Bảng 2 cho thấy sau 6 tháng điều trị, các biểu hiện lâm sàng và mức độ hoạt động bệnh (thang điểm SLEDAI) đều giảm rõ rệt. Về mặt chức năng thận, có sự cải thiện mang ý nghĩa thống kê về độ lọc cầu thận ước đoán và sự gia tăng nồng độ albumin máu. Đặc biệt, mức độ protein niệu giảm sâu so với thời điểm nhập viện ($p < 0,001$)

3.3. Tỷ lệ tiến triển chức năng thận kém:

Theo dõi sau 6 tháng, chức năng thận (độ lọc cầu thận, creatinin) và đạm niệu có cải thiện so với ban đầu ($p < 0,05$). Tuy nhiên, tỷ lệ tiến triển chức năng thận kém vẫn chiếm 82,0% (41/50 bệnh nhân)

3.4. Yếu tố dự đoán tiến triển chức năng thận kém:*Bảng 3: Phân tích hồi quy logistic đơn biến liên quan giữa các yếu tố với tiến triển chức năng thận kém*

Đặc điểm	OR	KTC 95%	Giá trị p*
Tuổi	0,966	0,896 – 1,042	0,373
Tăng huyết áp	4,615	0,525 – 40,577	0,168
Giới tính nam	1,388	0,236 – 8,144	0,717
Nồng độ creatinin tại thời điểm ban đầu	1,006	0,988 – 1,022	0,457
ĐLCT tại thời điểm ban đầu	0,980	0,959 – 1,001	0,064
Protein niệu 24h	0,944	0,837 – 1,065	0,350
Lắng đọng “fullhouse”	2,587	0,476 – 14,047	0,271
Chỉ số hoạt động	1,403	1,093 – 1,803	0,008
Chỉ số mạn tính	1,444	0,924 – 2,256	0,107
Giải phẫu bệnh tăng sinh	61,667	5,331 – 713,384	0,001
Giảm tiểu cầu	3,524	0,495 – 25,095	0,209
Giảm C3	2,667	0,296 – 24,033	0,382

Các yếu tố mô bệnh học bao gồm chỉ số hoạt động (OR 1,403; $p=0,008$) và giải phẫu bệnh tăng sinh (OR 61,667; $p=0,001$) làm tăng đáng kể nguy cơ tiến triển kém. Các yếu tố lâm sàng, creatinin ban đầu, đạm niệu không ghi nhận sự liên quan có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4: Phân tích hồi quy logistic đa biến liên quan giữa các yếu tố với tiến triển chức năng thận kém

Đặc điểm	OR	KTC 95%	Giá trị p*
ĐLCT tại thời điểm ban đầu	1,000	0,967 – 1,033	0,977
Giải phẫu bệnh tăng sinh	33,436	2,107 – 530,607	0,013
Chỉ số hoạt động	1,219	0,877 – 1,695	0,239
Chỉ số mạn tính	1,110	0,560 – 2,200	0,765

Phân tích hồi quy logistic đa biến cho kết quả giải phẫu bệnh thể tăng sinh là yếu tố tiên lượng độc lập duy nhất có ý nghĩa thống kê (OR = 33,436; KTC 95%: 2,107 - 530,607; p = 0,013). Độ lọc cầu thận ban đầu, chỉ số hoạt động và chỉ số mạn tính không còn ý nghĩa trong mô hình đa biến.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ tiến triển chức năng thận kém sau 6 tháng

Nghiên cứu ghi nhận 82,0% bệnh nhân có tiến triển chức năng thận kém sau 6 tháng. Mặc dù tỷ lệ này cao hơn đáng kể so với nguy cơ diễn tiến đến bệnh thận mạn giai đoạn cuối (10-30%) trong các báo cáo dài hạn ⁴, kết quả này cần được diễn giải dựa trên phương pháp đánh giá. Trên thực tế, phần lớn bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu đều có sự cải thiện lâm sàng có ý nghĩa thống kê sau 6 tháng điều trị: lượng protein niệu 24 giờ giảm, cặn lắng nước tiểu được kiểm soát và độ lọc cầu thận (eGFR) duy trì ổn định hoặc phục hồi một phần.

Kết quả của chúng tôi tương đồng với các thử nghiệm lớn như Euro-Lupus ⁵ hay MAINTAIN Nephritis Trial ⁶, trong đó tỷ lệ không đạt đáp ứng hoàn toàn tại mốc 6 tháng cũng dao động từ 80% đến 88%. Sự tương đồng này chủ yếu xuất phát từ việc áp dụng bộ tiêu chuẩn đánh giá tổng hợp chặt chẽ (kết hợp đồng thời protein niệu, cặn lắng và eGFR). Việc sử dụng các tiêu chí này phản ánh một tiến trình phục hồi thực tế: sự thuyên giảm các biểu hiện lâm sàng thường diễn ra trước khi đạt được sự lui bệnh hoàn toàn về mặt vi thể học. Điều này cho thấy, ở nhóm bệnh nhân có hoạt tính bệnh cao tại thời điểm sinh thiết, việc khôi phục hoàn toàn cấu trúc và chức năng thận đòi hỏi thời gian theo dõi dài hơn, mặc dù các phác đồ ức chế miễn dịch đã bước đầu phát huy hiệu quả.

4.2. Khả năng dự báo của các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng ban đầu

Một trong những kết quả đáng chú ý của nghiên cứu là các chỉ số thường quy (như huyết áp, mức độ protein niệu, độ lọc cầu thận hay hồng

cầu niệu ban đầu) chưa thể hiện được vai trò dự báo độc lập đối với kết cục thận trong mô hình đa biến. Điều này có thể liên quan đến đặc điểm sai lệch chọn mẫu và sự đồng nhất về độ nặng của quần thể nghiên cứu.

Quần thể nghiên cứu bao gồm các bệnh nhân có chỉ định sinh thiết thận, đại diện cho nhóm đối tượng đã có tổn thương thực thể ở mức độ nặng. Điều này dẫn đến sự tương đồng lớn về biểu hiện lâm sàng, thể hiện qua việc 90,0% bệnh nhân có tiểu máu và 59,0% biểu hiện hội chứng thận hư. Sự đồng nhất của các triệu chứng này có thể đã làm giảm khả năng phân tầng nguy cơ của các chỉ số xét nghiệm thường quy. Khi phần lớn bệnh nhân đều có biểu hiện ban đầu giống nhau, các thông số lâm sàng sẽ không đủ độ nhạy để giúp bác sĩ phân biệt giữa một tổn thương viêm cấp tính (có tiềm năng hồi phục) và một tổn thương xơ hóa cấu trúc (không thể đảo ngược).

4.3. Giá trị dự báo của mô bệnh học thể tăng sinh

Trong bối cảnh các chỉ số lâm sàng có sự đồng nhất cao, phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy giải phẫu bệnh thể tăng sinh (Nhóm III/IV hoặc các nhóm phối hợp) là yếu tố dự báo độc lập có ý nghĩa thống kê (p = 0,037). Dữ liệu cho thấy sự hiện diện của tổn thương thể tăng sinh có liên quan đến việc gia tăng nguy cơ tiến triển chức năng thận kém lên 21,537 lần so với các thể khác (KTC 95%: 1,196 - 387,987).

Kết quả này có sự tương đồng với một số báo cáo trước đây. Nghiên cứu đoàn hệ của Mok và cộng sự (1999) tại Hồng Kông ghi nhận tổn thương nhóm IV có liên quan đến việc tăng nguy cơ tiến triển bệnh thận mạn giai đoạn cuối lên 24,6 lần ⁷, trong khi Yokoyama (Nhật Bản, 2004) cũng

báo cáo mức nguy cơ tăng 14,82 lần ⁸. Các thể tăng sinh thường đi kèm với tình trạng viêm hoạt tính (tăng sinh nội mao mạch, hoại tử dạng fibrin, liềm tế bào), có khả năng làm tổn thương cấu trúc cầu thận và dẫn đến xơ hóa mô kẽ nếu không được kiểm soát.

Kết quả này ủng hộ vai trò quan trọng của sinh thiết thận. Khi tiếp cận một bệnh cảnh lâm sàng phức tạp, hình ảnh mô bệnh học góp phần phản ánh chi tiết bản chất tổn thương, cung cấp thêm thông tin tiên lượng khách quan để hỗ trợ bác sĩ định hướng chiến lược điều trị và theo dõi sát trong 6 tháng đầu.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ tiến triển chức năng thận kém sau 6 tháng ở bệnh nhân VTL là khá cao (82%). Nhóm bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh thể tăng sinh có nguy cơ tiến triển kém cao gấp nhiều lần, là yếu tố dự đoán độc lập quan trọng nhất. Qua đó, việc sinh thiết thận mang vai trò tiên lượng then chốt để cá thể hóa điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Almaani S, Meara A, Rovin BH.** Update on Lupus Nephritis. *Clin J Am Soc Nephrol.* May 8 2017;12(5):825-835. doi:10.2215/CJN.05780616
2. **Nguyễn Lê Thuận TMH.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tổn thương mô bệnh học trong hội chứng thận hư trên bệnh nhân lupus ban đỏ có tổn thương thận. *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế.* 2018;8(2):52-58.
3. **Korbet SM, Lewis EJ, Collaborative Study G.** Severe lupus nephritis: the predictive value of a $\geq 50\%$ reduction in proteinuria at 6 months. *Nephrol Dial Transplant.* Sep 2013;28(9):2313-8. doi:10.1093/ndt/gft201
4. **Hanly JG, O’Keeffe AG, Su L, et al.** The frequency and outcome of lupus nephritis: results from an international inception cohort study. *Rheumatology (Oxford).* Feb 2016;55(2):252-62. doi:10.1093/rheumatology/kev311
5. **Dall’Era M, Cisternas MG, Smilek DE, et al.** Predictors of long-term renal outcome in lupus nephritis trials: lessons learned from the Euro-Lupus Nephritis cohort. *Arthritis Rheumatol.* May 2015;67(5):1305-13. doi:10.1002/art.39026
6. **Tamirou F, Lauwerys BR, Dall’Era M, et al.** A proteinuria cut-off level of 0.7 g/day after 12 months of treatment best predicts long-term renal outcome in lupus nephritis: data from the MAINTAIN Nephritis Trial. *Lupus Sci Med.* 2015;2(1):e000123. doi:10.1136/lupus-2015-000123
7. **Mok CC, Wong RW, Lau CS.** Lupus nephritis in Southern Chinese patients: clinicopathologic findings and long-term outcome. *Am J Kidney Dis.* Aug 1999;34(2):315-23. doi:10.1016/s0272-6386(99)70361-6
8. **Yokoyama H, Wada T, Hara A, et al.** The outcome and a new ISN/RPS 2003 classification of lupus nephritis in Japanese. *Kidney Int.* Dec 2004;66(6):2382-8. doi:10.1111/j.1523-1755.2004.66027.x