

level", Zhonghua Yi Xue Za Zhi, 89 (31), pp.2179-2183.

9. **Zhao F., Li J. P., Wang S. Y. et al.** (2008), "The effect of baseline homocysteine level on the

efficacy of enalapril maleate and folic acid tablet in lowering blood pressure and plasma homocysteine", Zhonghua Yi Xue Za Zhi, 88 (42), pp.2957-2961.

CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY TRONG ĐÁNH GIÁ BIẾN THỂ GIẢI PHẪU MŨI XOANG TRONG BỆNH LÝ VIÊM XOANG MẠN TÍNH SỬ DỤNG ĐÁNH GIÁ C.L.O.S.E

Mai Thế Cảnh¹, Bùi Văn Lệnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số biến thể giải phẫu thường gặp dựa trên đánh giá "C.L.O.S.E" ở các bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu 200 bệnh nhân (BN) viêm xoang mạn tính đã được chụp cắt lớp vi tính đa dây (MSCT) tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Điện quang can thiệp Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** Biến thể giải phẫu hay gặp gồm tế bào Onodi (98,5%), tế bào đê mũi (85%), lệch vách ngăn mũi (63,5%), tế bào Haller (46%), xoang hơi cuộn mũi (34%). Tắc phức hợp lỗ ngách gặp ở 76,5%. Dựa trên đánh giá C.L.O.S.E, tầm sàng tít II theo Keros chiếm tỷ lệ cao nhất với cả hai bên (>70%). Tỷ lệ xương giấy mắt liên tục chiếm tỷ lệ rất thấp <5%. Tế bào Onodi tiếp xúc thần kinh thị gặp ở 108/197 trường hợp. Ít gặp tế bào Onodi tiếp xúc động mạch cảnh trong (5,58%). Đa phần các trường hợp, ĐM sàng trước ở vị trí an toàn, chiếm > 70% cả hai bên. Xoang bướm tít C theo Congdon chiếm tỷ lệ cao nhất với 61%. **Kết luận:** Nghiên cứu thực hiện ở 200 BN viêm xoang mạn tính, kết quả cho thấy biến thể giải phẫu tế bào Onodi hay gặp nhất, tiếp đến là tế bào đê mũi và lệch vách ngăn mũi. Đánh giá hình ảnh mũi xoang trên MSCT các bệnh nhân viêm xoang mạn tính theo C.L.O.S.E có vai trò quan trọng giúp hạn chế biến chứng xảy ra trong phẫu thuật nội soi mũi xoang (PTNSMX)

Từ khóa: biến thể giải phẫu mũi xoang, viêm xoang mũi mạn

SUMMARY

MULTISLICE COMPUTED TOMOGRAPHY IN EVALUATION OF SINONASAL ANATOMIC VARIANTS IN CHRONIC RHINOSINUSITIS USING C.L.O.S.E CHECKLIST

Purpose: To determine the incidence of sinonasal anatomic variants using "C.L.O.S.E" checklist in patients with chronic rhinosinusitis. **Material and methods:** A descriptive, prospective and retrospective study of 200 patients with chronic rhinosinusitis had

performed MSCT and evaluated by "C.L.O.S.E" checklist at the Radiology Center of Hanoi Medical University Hospital. **Result:** In our study, the most frequent sinonasal anatomic variants were Onodi cells (98,5%), Agger Nasi cells (85%), septal nasal deviation (63,5%), Haller cells (46%), concha bullosa (34%). The osteomeatal complex obstruction was seen in 76,5% patients. By using C.L.O.S.E checklist, cribriform plate type II by Keros accounted for >70% in both sides. Lamina papyracea dehiscence was seen in <5%. 108/197 cases with onodi cells were exposed to optic nerve but were 5,58% compared with internal carotid artery. Anterior ethmoid artery was in safe place in most cases (> 70% in both sides). Sphenoid sinus type C by Congdon accounted for 61%. **Conclusion:** By studying 200 patients with chronic rhinosinusitis, the result showed the most frequent sinonasal anatomic variants were Onodi cells, followed by Agger Nasi cells and septal nasal deviation. Evaluation of sinonasal imaging findings using "C.L.O.S.E" checklist have an important role to minimize complications in Functional Endoscopic Sinus Surgery.

Keywords: sinonasal anatomic variants, chronic rhinosinusitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi xoang mạn tính là bệnh khá thường gặp. Tại Mỹ, theo thống kê năm 2007, có khoảng 12,5% người trưởng thành tương đương khoảng hơn 30 triệu người bị ảnh hưởng bởi viêm xoang cấp và mạn¹.

Phẫu thuật nội soi mũi xoang được ra đời vào năm 1980 và được liên tục cải tiến phát triển trong suốt nhiều năm, ngày càng được sử dụng nhiều do ít xâm lấn và an toàn, tuy nhiên vẫn có thể xảy ra một số biến chứng như: tổn thương động mạch, thần kinh thị giác, tụ máu hốc mắt, rò dịch não tủy, tổn thương ống lệ mũi²... một số ít có thể nghiêm trọng, đe dọa tính mạng hoặc thậm chí tử vong^{3,4}.

Chụp cắt lớp vi tính đa dây (Multislice Computer Tomography – MSCT) hiện là phương pháp được lựa chọn để đánh giá các xoang cạnh mũi và các cấu trúc lân cận, đặc biệt là các biến thể giải phẫu, cho phép xác định chính xác với mức độ chi tiết cao, qua đó đóng vai trò như bản

¹Bệnh viện Trường Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Mai Thế Cảnh
Email: drcanh36@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.12.2022
Ngày phản biên khoa học: 10.01.2023
Ngày duyệt bài: 7.2.2023

đồ trước và trong phẫu thuật nội soi mũi xoang⁵. "C.L.O.S.E" là tập hợp các từ viết tắt chữ cái đầu của các cấu trúc quan trọng cần lưu ý đánh giá trong một kết quả đọc CLVT mũi xoang ở bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật nội soi chức năng xoang: trong đó, C: cribriform plate (tấm sàng); L: Lamina Papyracea (lá xương giấy); O: Onodi cell (tế bào Onodi); S: Sphenoid sinus (xoang bướm); E: (anterior) Ethmoidal artery (động mạch sàng trước)^{5,6}. Theo các nghiên cứu của các tác giả như Kantarci, Nouraei, bỏ sót các biến thể giải phẫu trước phẫu thuật có thể dẫn tới các biến chứng như: thần kinh thị, mạch máu, ổ mắt...ngược lại việc đánh giá chi tiết trước phẫu thuật giúp giảm các biến chứng trên^{6,7}.

Hiện nay ở Việt Nam, việc đọc kết quả CLVT còn chưa thống nhất giữa các trung tâm khác nhau, nhất là đánh giá chi tiết "C.L.O.S.E" trước mổ nội soi xoang. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Cắt lớp vi tính đa dãy trong đánh giá biến thể giải phẫu mũi xoang trong bệnh lý viêm xoang mạn tính sử dụng đánh giá C.L.O.S.E".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các BN được chẩn đoán viêm xoang mạn tính theo EPOS 12 được chụp CLVT mũi xoang đa dãy tại Bệnh Viện Đại Học Y Hà Nội từ sau tháng 08/2019 đến tháng 08/2022

- Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân có hồ sơ đầy đủ: khai thác bệnh sử, triệu chứng cơ năng, thời gian xuất hiện bệnh, khám lâm sàng, soi TMH và chụp CLVT (theo bệnh án nghiên cứu, phần phụ lục)
- Các bệnh nhân có phẫu thuật nội soi chức năng xoang
- BN không có tiền sử chấn thương vỡ xương vùng mũi xoang

- Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không có viêm xoang mạn tính
- Bệnh nhân không có đầy đủ hồ sơ bệnh án
- Phim chụp không đúng kỹ thuật và đủ chất lượng
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu
- Các thay đổi sau chấn thương mũi xoang

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Điện quang can thiệp Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2019 đến tháng 06/2022.

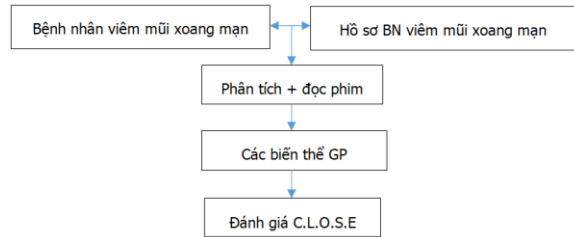
2.3. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiến cứu

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện. n = 200

2.5. Phân tích và xử lý số liệu

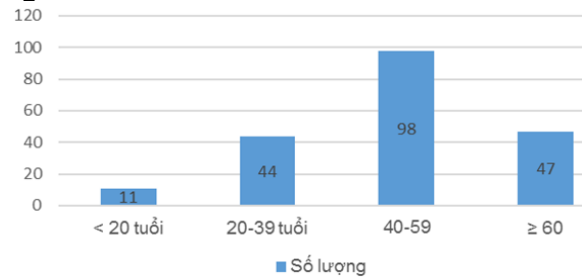
- Quản lý và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.
- Các biến số định tính được mô tả bằng tần số, tỉ lệ phần trăm.

2.6. Sơ đồ nghiên cứu:



III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1: Phân bố tuổi của nhóm đối tượng nghiên cứu

Trong 200 bệnh nhân nghiên cứu, độ tuổi trung bình là 47,86 tuổi, dao động từ 8-77 tuổi. Nhóm tuổi hay gặp nhất là 40-59 tuổi, chiếm 98/200 BN (49%). Trong đó 103 bệnh nhân nữ (51,5%) và 97 BN nam (48,5%).

Bảng 1: Các triệu chứng cơ năng của bệnh nhân

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Ngạt mũi	103	51,5%
Chảy nước mũi	184	92%
Đau nhức đầu	163	81,5%
Rối loạn ngủ	30	15%
Mờ mắt	5	2,5%
Chảy máu cam	14	7%
Sốt	16	8%

Nhận xét: Trong các triệu chứng lâm sàng ở BN viêm xoang mạn tính, chảy nước mũi và đau nhức đầu là hai triệu chứng hay gặp nhất với tỷ lệ trên 80%. Ngạt mũi gặp ở 51,5% trường hợp. Các triệu chứng khác ít gặp hơn gồm rối loạn ngủ (15%), sốt (8%), chảy máu cam (7%). Triệu chứng mờ mắt ít gặp nhất với 5/200 BN (2,5%).

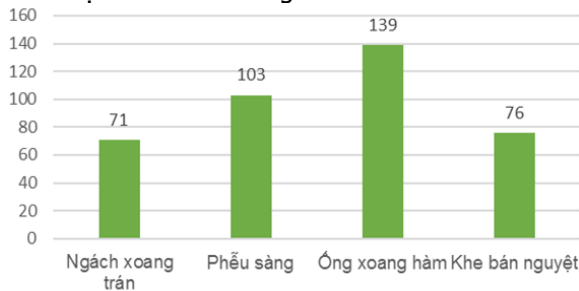
3.2. Đặc điểm về biến đổi giải phẫu mũi xoang trên CLVT

Bảng 2: Tần suất các biến đổi giải phẫu

mũi xoang hay gặp trên CLVT

Biến đổi giải phẫu	Số lượng	Tỷ lệ
Tế bào Onodi	197	98,5%
Tế bào đê mũi (Agger Nasi)	170	85%
Lệch vách ngăn mũi	127	63,5%
Tế bào Haller	92	46%
Xoang hơi cuộn mũi	68	34%

Trong các biến thể mũi xoang hay gặp, tế bào Onodi gặp ở 98,5% BN, thứ hai tế bào đê mũi gặp ở 85% BN, tiếp đến lệch vách ngăn mũi với 63,5% BN. Tế bào Haller hay gặp ở vị trí thứ 4 với 46%. Vị trí thứ 5 là xoang hơi cuộn mũi với 34%.



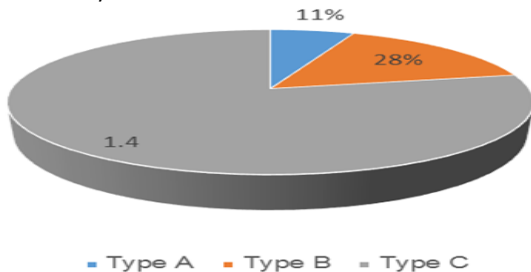
Biểu đồ 2: Đánh giá vị trí tắc phức hợp lỗ ngách (n=153)

153 BN có tắc phức hợp lỗ ngách (76,5%), vị trí hay gặp nhất là ống xoang hàm với 139/153 BN (90,85%), tiếp đến là phễu sàng với 103/153 BN (67,32%). Ngách xoang trán và khe bán nguyệt chiếm tỷ lệ lần lượt là 71/153 BN (46,41%) và 76/153 (49,67%).

3.3. Đặc điểm hình ảnh trên CLVT của viêm xoang mạn tính theo C.L.O.S.E

Tấm sàng loại II chiếm tỷ lệ cao nhất với cả hai bên, bên phải 150/200 BN (75%), bên trái 140/200 BN (70%). Tấm sàng loại I gặp ở 32% và loại III ít gặp nhất với 9%. Tỷ lệ xương giấy liên tục chiếm tỷ lệ rất cao > 95%. Trong 197 trường hợp có tế bào Onodi, có đến 98,98% gặp tế bào Onodi hai bên. Tiếp xúc thần kinh thị gặp ở 108/197 trường hợp. Ít gặp tế bào Onodi tiếp xúc động mạch cảnh trong (5,58%).

Đa phần các trường hợp, ĐM sàng trước ở vị trí an toàn, chiếm > 70% cả hai bên.



Biểu đồ 3: Hình thái xoang bướm theo phân loại Congdon

Xoang bướm loại C hay gặp nhất với tỷ lệ 122/200 BN (61%), tiếp đến là loại B với 56/200 BN (28%), và cuối cùng là loại A (11%).

Bảng 3: Quá phát xoang bướm

Loại	Số lượng	Tỷ lệ
Vào nền sọ	40	51,28%
Mỏm yên trước	29	37,18%
Lỗi động mạch cảnh	4	5,13%
Vách ngăn bất thường	5	6,41%
Tổng số	78	100

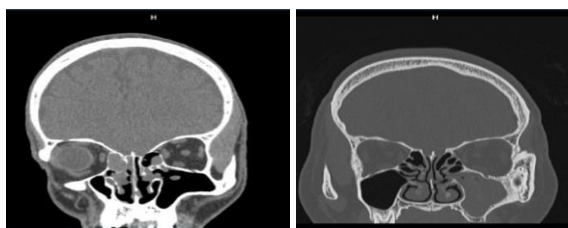
Trong 78 BN có quá phát xoang bướm, quá phát vào nền sọ chiếm tỷ lệ cao nhất với 40/78 BN (51,28%), tiếp đến là vào mỏm yên trước với 29/78 BN (37,18%).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là 47,86 tuổi, độ tuổi dao động từ 8-77 tuổi, nhóm tuổi hay gặp nhất là nhóm 40-59 tuổi với 49%. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Shpilberg và cs⁵ (47,9 tuổi, 10-83 tuổi), hay của Fadda và cs⁸ (45,5 tuổi, 13-77 tuổi).

Trong các biến thể mũi xoang hay gặp, tế bào Onodi gặp ở 98,5% BN, thứ hai tế bào đê mũi gặp ở 85% BN, tiếp đến lệch vách ngăn mũi với 63,5% BN. Tế bào Haller hay gặp ở vị trí thứ 4 với 46%. Vị trí thứ 5 là xoang hơi cuộn mũi với 34%. Tỷ lệ khác biệt với nhiều nghiên cứu trước đây như Shpilberg và cs⁵ hay Fadda và cs⁸, khi lệch vách ngăn mũi mới là loại biến thể hay gặp nhất, tiếp đến là xoang hơi cuộn mũi. Lí giải cho sự phân biệt này là do phương pháp chọn mẫu, tiêu chuẩn chẩn đoán viêm mũi xoang mạn tính và định nghĩa các biến đổi giải phẫu khác nhau giữa các nghiên cứu. Tỷ lệ tế bào Onodi trong nghiên cứu của chúng tôi là 98,5% cao hơn nhiều so với các nghiên cứu của các tác giả khác (12 – 42%)^{5,8} vì các nghiên cứu này chỉ thống kê tỷ lệ các tế bào Onodi thực sự (tế bào sàng có dây thần kinh thị giác thoát vị vào trong) mà không tính đến toàn bộ các tế bào sàng sau cùng. Tương tự với biến thể lệch vách ngăn mũi, tác giả Shpilberg quy định lệch vách ngăn mũi chỉ là không đối xứng vách ngăn, trong khi chúng tôi lựa chọn lệch vách ngăn mũi khi vách ngăn lệch khỏi đường giữa > 1mm.

Tắc phức hợp lỗ ngách gặp trong 76,5%, tương tự nghiên cứu của Fadda và cs⁸. Đánh giá vị trí tắc của phức hợp lỗ ngách, ống xoang hàm hay gặp nhất với 90,85%. Phức hợp lỗ ngách là vùng ngã tư dẫn lưu của các xoang vào hốc mũi, khi có sự tắc nghẽn tuy nhỏ ở đây nhưng lại tác động lớn phát sinh bệnh tật cho các xoang lớn (xoang hàm, xoang trán).

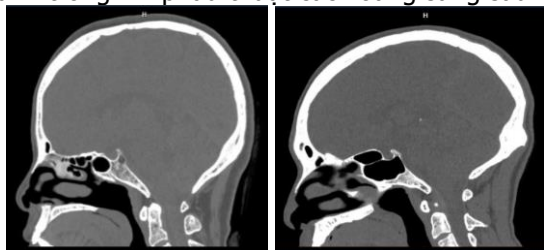


Hình 1: Tầm sàng nhóm I và nhóm II

Tầm sàng phản ánh độ sâu của hố khứu giác. Khi hố khứu giác càng sâu, mảnh bên càng dễ bị tổn thương trong phẫu thuật, dẫn đến sự thông thương giữa các xoang cạnh mũi và khoang nội sọ và gây rò dịch não tủy, sự thông thương này cũng dẫn đến nguy cơ nhiễm khuẩn cao vào màng não gây viêm màng não mủ. Trong đó loại II là loại thường gặp nhất, loại III là loại ít gặp nhất và cũng là loại có nguy cơ biến chứng cao nhất trong PTNSCNX. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tít II chiếm tỷ lệ cao nhất với 75%, nhóm III ít gặp với tỷ lệ 9%. Kết quả này khác biệt với nghiên cứu của Fadda và cs⁸, tác giả này cho thấy tầm sàng tít I chiếm tỷ lệ lớn nhất, rồi đến tít II và tít 3.

Khi xương giấy mất liên tục, các thành phần trong ổ mắt như mỡ hoặc một phần cơ thẳng ngoài vào trong xoang sàng, sự di lệch này dẫn đến nguy cơ bị tổn thương các thành phần này trong PTNSCNX do có thể bị nhầm lẫn với tổ chức viêm và dịch tụ trong xoang. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần các trường hợp xương đá giấy liên tục với 96%. Tỷ lệ mất liên tục xương giấy rất hiếm gặp với 4%, kết quả này cao hơn nghiên cứu của Shpilberg và cs⁵ (0,5%), Fadda và cs⁸ (0,7%).

Tế bào Onodi gặp ở 98,5% bệnh nhân trong nghiên cứu và hầu hết nằm ở 2 bên. Tỷ lệ gặp được báo cáo thay đổi từ 1,3-65,3% dân số, số dĩ thay đổi là do cách định nghĩa về tế bào này^{6,8}. So sánh với nghiên cứu của Stammberger và cs⁹ chỉ là 8-14%. Liên quan của tế bào Onodi với thần kinh thị giác gặp trong 54,82% trường hợp. Đánh giá tính tương quan giữa tế bào Onodi với cơ quan xung quanh rất quan trọng là do nguy cơ tổn thương thần kinh thị giác hay ĐM cảnh trong khi phẫu thuật các xoang sàng sau.



Hình 2: Xoang bướm loại B và xoang bướm

Loại C theo Congdon

Phân loại xoang bướm thành 3 độ theo Congdon, loại C hay gặp nhất với 61%. Loại C cũng là loại có nguy cơ cao nhất khi phẫu thuật cho bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa do chỉ còn thành xương mỏng ở phía sau.

Xoang bướm quá phát vào các cơ quan lân cận, trong đó nền sọ gặp nhiều nhất với 51,28%, tiếp đến là mỏm yên trước với 37,18%. Ít gặp các trường hợp xoang bướm quá phát lỗi động mạch cảnh hay vách ngăn bất thường. Mặc dù tổn thương động mạch cảnh trong trong PTNSCNX là một biến chứng hiếm gặp nhưng vô cùng nguy hiểm, thậm chí có thể gây tử vong, do đó cần đánh giá tính tương quan của xoang bướm quá phát với động mạch cảnh trong.

Trong nghiên cứu, đa phần các BN có ĐM sàng trước hai bên ở vị trí an toàn với phẫu thuật. Động mạch sàng trước nằm trong rãnh sàng trước ở thành trong ổ mắt ngang mức xoang sàng trước. Nếu rãnh này giáp với mảnh bên thì động mạch được coi như nằm ở vị trí an toàn khi PTNSCNX. Trong trường hợp khác thì động mạch có nguy cơ bị tổn thương khi PTNSCNX do động mạch đi trong xoang sàng.

V. KẾT LUẬN

Kết quả cho thấy trong các biến thể giải phẫu mũi xoang, tế bào Onodi là hay gặp nhất, tiếp đến là tế bào đê mũi và lệch vách ngăn mũi.

Đánh giá hình ảnh mũi xoang trên CLVT các bệnh nhân viêm xoang mạn tính theo C.L.O.S.E có vai trò quan trọng giúp hạn chế biến chứng trong PTNSMX.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Lethbridge-Cejku M, Rose D, Vickerie J.** Summary health statistics for u.s. Adults: national health interview survey, 2004. Vital Health Stat 10. 2006;(228):1-164.
- O'Brien WT, Hamelin S, Weitzel EK.** The Preoperative Sinus CT: Avoiding a "CLOSE" Call with Surgical Complications. Radiology. 2016; 281(1):10-21. doi:10.1148/radiol.2016152230
- Y C, Fa K.** An update on the classifications, diagnosis, and treatment of rhinosinusitis. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2009;17(3). doi:10.1097/MOO.0b013e32832ac393
- Weitzel EK, Floreani S, Wormald PJ.** Otolaryngologic heuristics: a rhinologic perspective. ANZ J Surg. 2008;78(12):1096-1099. doi:10.1111/j.1445-2197.2008.04757.x
- Shpilberg KA, Daniel SC, Doshi AH, Lawson W, Som PM.** CT of Anatomic Variants of the Paranasal Sinuses and Nasal Cavity: Poor Correlation With Radiologically Significant Rhinosinusitis but Importance in Surgical Planning. AJR Am J Roentgenol. 2015; 204(6):1255-1260. doi:10.2214/AJR.14.13762

6. **Nouraei S a. R, Elisay AR, Dimarco A, Abdi R, Majidi H, Madani SA, Andrews PJ.** Variations in paranasal sinus anatomy: implications for the pathophysiology of chronic rhinosinusitis and safety of endoscopic sinus surgery. *J Otolaryngol - Head Neck Surg J Oto-Rhino-Laryngol Chir Cervico-Faciale.* 2009;38(1):32-37.
7. **Kantarci M, Karasen RM, Alper F, Onbas O, Okur A, Karaman A.** Remarkable anatomic variations in paranasal sinus region and their clinical importance. *Eur J Radiol.* 2004; 50(3): 296-302. doi:10.1016/j.ejrad.2003.08.012
8. **FADDA GL, ROSSO S, AVERSA S, PETRELLI A, ONDOLO C, SUCCO G.** Multiparametric statistical correlations between paranasal sinus anatomic variations and chronic rhinosinusitis. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2012;32(4):244-251.
9. **Stammerberger H, Hosemann W, Draf W.** [Anatomic terminology and nomenclature for paranasal sinus surgery]. *Laryngorhinootologie.* 1997;76(7):435-449. doi:10.1055/s-2007-997458

KHÁNG THỂ KHÁNG C1Q Ở BỆNH NHÂN LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG CÓ TỔN THƯƠNG THẬN

Phạm Thị Vân Anh¹, Nguyễn Văn Đoàn¹, Cao Thị Trinh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm khảo sát vai trò của kháng thể kháng C1q ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống có tổn thương thận. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang trên 42 bệnh nhân được chẩn đoán lupus ban đỏ hệ thống theo tiêu chuẩn SLICC 2012, điều trị tại Trung tâm Di ứng - Miễn dịch lâm sàng, bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7/2021 đến tháng 10 năm 2022. **Kết quả:** Tỷ lệ kháng thể kháng C1q dương tính ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống có tổn thương thận là 54.80%. Thời gian mắc bệnh trung bình là 1.06 ± 2.22 năm, nhóm dương tính có thời gian mắc bệnh ngắn hơn so với nhóm âm tính. Trong nhóm dương tính, triệu chứng hay gặp nhất là phù (63.20%), ít gặp nhất là viêm mạch (33.33%), suy thận chiếm 61.12 %, tiểu ít chiếm 40.00%, hình ảnh bệnh thận mạn trên siêu âm chiếm 36.43%. Không có sự khác biệt về hình ảnh giải phẫu bệnh trên sinh thiết thận giữa 2 nhóm. Nhóm dương tính có nồng độ albumin, ure, creatinin thấp hơn, nồng độ protein niệu cắt ngang, hồng cầu niệu cắt ngang, protein niệu 24h cao hơn nhóm âm tính. Ở nhóm dương tính, nồng độ protein niệu 24h đạt ở ngưỡng thận hư (4.90 ± 7.44), nồng độ bổ thể C3 giảm (0.44 ± 0.29), kháng thể kháng DsDNA tăng cao (109.71 ± 41.53), điểm SLEDAI cao hơn so với nhóm âm tính. Không có sự khác biệt về nồng độ bổ thể C4 giữa 2 nhóm bệnh nhân. **Kết luận:** Ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống, kháng thể kháng C1q có liên quan chặt chẽ đến tổn thương thận và mức độ hoạt động của bệnh.

Từ khóa: Lupus ban đỏ hệ thống, SLE, Viêm thận lupus, C1q, SLEDAI

SUMMARY

ANTI C1Q ANTIBODIES IN PATIENTS WITH

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Vân Anh

Email: phamvananh10101996@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.01.2023

Ngày duyệt bài: 7.2.2023

SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS WITH KIDNEY DAMAGE

Objective: The study aimed to investigate the role of anti-C1q antibodies in patients with systemic lupus erythematosus with kidney damage. **Methods:** A prospective, cross-sectional study on 42 patients diagnosed with systemic lupus erythematosus according to SLICC 2012 criteria, treated at the Center for Allergy - Clinical Immunology, Bach Mai Hospital from July 2021 to October 2022. **Results:** The rate of positive anti-C1q antibodies in patients with systemic lupus erythematosus with kidney damage was 54.8%. The mean duration of disease was 1.06 ± 2.22 years, the positive group had a shorter disease duration than the negative group. In the positive group, the most common symptom was edema (63.2%), polymembrane effusion (57.7%), vasculitis (33.3%), clinical renal failure (61.1%), of which urinary less than 40%, the image of chronic kidney disease on ultrasound accounts for 36.4%. There was no difference in histopathology on renal biopsies between the 2 groups. The positive group had lower albumin, urea, and creatinine concentrations than the negative group. Concentration of cross-sectional proteinuria, cross-sectional erythrocytosis, 24-hour proteinuria was higher in the positive group than in the negative group, in which, in the positive group, 24-hour proteinuria reached the nephrotic threshold (4.90 ± 7.44). The positive group had decreased C3 complement concentration (0.44 ± 0.29), increased anti-DsDNA antibody (109.71 ± 41.53), higher SLEDAI score than the negative group. There was no difference in C4 complement concentration between the 2 groups of patients. **Conclusions:** In patients with systemic lupus erythematosus, anti-C1q antibodies are strongly associated with kidney damage and disease activity.

Keywords: Systemic lupus erythematosus, SLE, Lupus nephritis, C1q, SLEDAI

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống (Systemic Lupus Erythematosus - SLE) là bệnh tự miễn đặc trưng bởi tổn thương đa dạng nhiều cơ quan, do sự