

lọc hấp phụ có thấp hơn 53,3% so với nhóm không được lọc hấp phụ là 73,7% tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê với $p=0,125$.

V. KẾT LUẬN

Thuốc diệt cỏ Diquat rất độc cho người, tỉ lệ tử vong ở bệnh nhân ngộ độc Diquat rất cao, do đó cần cấm sử dụng hoặc có chính sách kiểm soát chặt chẽ hoạt động mua bán và sử dụng hóa chất diệt cỏ Diquat. Các biện pháp điều trị như lọc máu hấp phụ cần được nghiên cứu thêm bằng các nghiên cứu với cỡ mẫu đủ lớn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Raymond Vanholder, Francis Colardyn, et al.** Diquat Intoxication Report of Two Cases and Review of the Literature. The American Journal of Medicine Volume 70. 1980
2. **Giselle M. Jones; J. Allister Vale.** Mechanisms of Toxicity, Clinical Features, and Management of Diquat Poisoning: A Review. Clinical Toxicology. 2000; 38(2), 123–128.
3. **WHO.** Suicide worldwide in 2019. Geneva: World health organization; 2021.
4. **ỨNG DỤNG PHƯƠNG PHÁP ĐIỆN DI MAO QUẢN TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NGỘ ĐỘC PARAQUAT.** Đoàn Thu Hà. Luận văn thạc sĩ (2017).
5. **S. Saeed, M. Wilks, M Coupe.** Acute diquat poisoning with intracerebral bleeding. Postgrad Med J. 2001; 77:329–332
6. **C. Fuke, K. Ameno et al.** Detection of two metabolites of diquat in urine and serum of poisoned patients after ingestion of a combined herbicide of paraquat and diquat, Arch Toxicol. 1996, 70: 504–507
7. **Zhou JN, Lu YO.** Lethal diquat poisoning manifests as acute central nervous system injury and circulatory failure: A retrospective cohort study of 50 cases. EClinicalMedicine. 2022 Aug 11

KHẢO SÁT MỘT SỐ TỰ KHÁNG THỂ THƯỜNG GẶP TRONG BỆNH LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG

Nguyễn Hoàng Bắc^{1,2}, Lưu Nguyễn Trung Thông¹, Mai Thị Bích Chi¹,
Nguyễn Hữu Huy¹, Nguyễn Ngọc Bích Thảo¹,
Huỳnh Ngọc Phương Thảo^{1,2}, Nguyễn Thị Băng Sương^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Lupus ban đỏ hệ thống (Systemic lupus erythematosus, SLE) là một bệnh tự miễn mãn tính, chiếm 5% đến 7% dân số, là nguyên nhân phổ biến thứ 3 gây tử vong trên toàn thế giới. Sự xuất hiện một số kháng thể chống lại những kháng nguyên hạt nhân (ANA), là một đặc điểm nổi bật và cũng là cơ sở chẩn đoán. Phương pháp miễn dịch huỳnh quang (Immunofluorescence: IF) đang được ưu tiên do khả năng cho phép quan sát phân biệt nhiều dạng lắng đọng huỳnh quang và gợi ý sự hiện diện các tự kháng thể đối với một số kháng nguyên nhất định có liên quan đến lâm sàng. **Mục tiêu:** Khảo sát tỷ lệ sự xuất hiện của các tự kháng thể và mối liên quan với các chỉ số cận lâm sàng thường gặp trong bệnh lupus ban đỏ hệ thống. **Đối tượng-Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả cắt ngang. 70 bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định lupus ban đỏ hệ thống tại bệnh viện Đại học Y dược TP.HCM trong từ 03/2021 – 01/2022. **Kết quả:** Trong 70 bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống (tuổi trung bình \pm độ lệch chuẩn, $35,57 \pm 11,03$), tỷ lệ nữ là 90% và nam là 10%. Kiểu lắng đọng huỳnh quang phổ biến là dạng đám nhân và đồng nhất với tỷ lệ tương ứng là 61,4% và 12,9%. Tần suất dương tính

52,17% (Anti-dsDNA); 14,13% (C1q); 8,69% (Anti-Nucleosome); 7,61% Beta2-Glycoprotein IgG; 5,43% (Anti-SSA); 4,34% (Anti-SM). Trong đó các chỉ số huyết học, chức năng thận, bổ thể C3 C4 có liên quan có ý nghĩa với nhóm ANA và anti-ds DNA. **Kết luận:** Các kháng thể tự miễn thường được tìm thấy ở những bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống. Trong đó kỹ thuật miễn dịch huỳnh quang gián tiếp giúp gợi ý một số tự kháng thể thường gặp. Sự hiện diện của các tự kháng thể có liên quan đến một số chỉ số cận lâm sàng

Từ khóa: miễn dịch huỳnh quang, tự kháng thể

SUMMARY

SURVEY OF COMMONLY SPECIFIC ANTIBODIES IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Background: Systemic lupus erythematosus (SLE) is a chronic autoimmune disease that affects 5% to 7% of the population and is the third most common cause of death worldwide. The presence of certain antibodies against nuclear antigens (ANA), is a prominent feature and also the basis of diagnosis. Immunofluorescence (IF) is being preferred because of its ability to differentiate between multiple fluorescence depositions and to suggest the presence of autoantibodies to certain antigens involved clinically relevant. **Objectives:** Investigate the occurrence rate of autoantibodies and the relationship with common paraclinical indicators in systemic lupus erythematosus. **Methods:** Cross-sectional descriptive cross-sectional study. 70 patients were diagnosed with systemic lupus erythematosus at the University of

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Băng Sương

Email: suong.ntb@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.3.2023

Ngày duyệt bài: 28.3.2023

Medicine and Pharmacy Hospital in Ho Chi Minh City from 03/2021 to 01/2022. **Results:** In 70 patients with systemic lupus erythematosus (mean age \pm standard deviation, 35,57 \pm 11,03), the prevalence was 90% female and 10% male. The common fluorescence deposition pattern is nuclear and homogeneous spots with the proportions of 61,4% and 12,9%, respectively. The frequency of antibody positivity is 52,17% (Anti-dsDNA); 14,13% (C1q); 8,69% (Anti-Nucleosome); 7,61% Beta2-Glycoprotein IgG; 5,43% (Anti-SSA); 4,34% (Anti-SM). In which hematological indicators, renal function, complement C3 C4 were significantly related with ANA and anti-ds DNA group. **Conclusion:** Autoimmune antibodies are commonly found in patients with systemic lupus erythematosus. In which, indirect immunofluorescence technique helps to suggest some common autoantibodies. The presence of autoantibodies is associated with a number of laboratory indicators

Keywords: IF (Immunofluorescence), Auto-Antibodies.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống (Systemic lupus erythematosus, SLE) là một bệnh tự miễn của mô liên kết, có thể ảnh hưởng đến mọi bộ phận cơ thể. Cũng như trong các bệnh tự miễn khác, hệ miễn dịch tấn công các tế bào và mô của cơ thể, gây viêm và hủy hoại mô. Lupus ban đỏ hệ thống có thể nguy hiểm chết người, nhưng với những tiến bộ trong y học hiện nay, tỷ lệ tử vong đang giảm dần đi. Bất thường miễn dịch, đặc biệt là sản xuất một số kháng thể kháng nhân (ANA), là một đặc điểm nổi bật của bệnh [3]

Xét nghiệm ANA huỳnh quang trên tế bào HEp-2 cung cấp hai thông tin: nồng độ và kiểu lắng đọng huỳnh quang. Kiểu lắng đọng huỳnh quang và vị trí xuất hiện huỳnh quang trong tế bào giúp định hướng một cách trực tiếp tình trạng bệnh học và lựa chọn kỹ thuật bổ sung để chẩn đoán xác định các tự kháng thể. Xét nghiệm ANA huỳnh quang là xét nghiệm ban đầu tốt nhất cho SLE ở bệnh nhân có các triệu chứng và dấu hiệu tương ứng [7,8]. Xét nghiệm ANA huỳnh quang rất nhạy, nhưng không đặc hiệu với SLE; do đó cần phải tìm bằng chứng về các tự kháng thể khác để chẩn đoán bệnh. Bao gồm Ro (SSA), La (SSB), Smith (Sm), ribonucleoprotein (RNP) và dsDNA. Có nhiều kỹ thuật có thể xác định các tự kháng thể, trong đó ELISA được xem là nhạy cảm nhất và được dùng theo dõi bệnh

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán theo tiêu chuẩn EULAR 2019, có trên 10 điểm (dựa trên thang điểm bên dưới) thì được chẩn đoán Lupus ban đỏ hệ thống.

	Triệu chứng	Điểm
Thể trạng	Sốt	2
Huyết học	Giảm bạch cầu	3
	Giảm tiểu cầu	4
	Tự miễn	4
Thần kinh	Mê sảng	2
	Rối loạn tâm thần	3
	Cơ giật	5
Da, niêm mạc	Mảng bong tróc da tóc, rụng tóc	2
	Loét miệng	2
	Viêm da bán cấp tính hoặc lupus đĩa đệm	4
	Lupus da cấp tính	6
Huyết thanh	Tràn dịch màng phổi hoặc màng ngoài tim	5
	Viêm màng ngoài tim cấp tính	6
Cơ, xương, khớp	Có bất thường	6
Thận	Protein niệu >0,5g/24 giờ	4
	Sinh thiết thận có mức viêm loại II hoặc V	8
	Sinh thiết thận có mức viêm loại III hoặc IV	10
Antiphospholipid antibodies	Anti-cardiolipin hoặc Anti- β 2GP1	2
Xét nghiệm bổ thể	Mức C3 hoặc C4 thấp	3
	Mức C3 và C4 thấp	4
Kháng thể đặc hiệu	Anti-dsDNA hoặc Anti-smith	6

Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh tổ chức liên kết hỗn hợp (Overlap) hoặc bệnh tổ chức liên kết tự miễn khác ngoài lupus ban đỏ hệ thống.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang

Các bước tiến hành:

Bước 1: Khám lâm sàng và thực hiện các xét nghiệm thường quy

Bước 2: Thu thập các kết quả xét nghiệm kháng thể tự miễn: ANA, Anti-ds DNA, Anti-SSA, Anti-SM, C1q, Anti-Nucleosome, Complement C3, Complement C4

Bước 3: Đánh giá tỷ lệ các kháng thể và mối liên quan với các chỉ số cận lâm sàng

2.3. Xử lý kết quả:

Phương pháp thống kê y học SPSS 20.0

2.4. Vấn đề y đức. Nghiên cứu đã thông qua hội đồng y đức theo quyết định số 242/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 15 tháng 4 năm 2021.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Trong tổng số 70 bệnh nhân được chẩn đoán lupus ban đỏ hệ thống, chủ yếu là nữ giới với tỷ lệ tương ứng là 90%, chỉ có 7 bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 10%. Độ tuổi của các bệnh nhân dao động từ 17 tuổi đến 63 tuổi, với độ

tuổi trung bình là 35,57 ± 11,03. Nhóm tuổi 17-40 chiếm tỉ lệ cao nhất là 70,2% và thấp nhất là nhóm >60 tuổi với 2,4%

Kết quả này phù hợp với những nghiên cứu trước đó về tỷ lệ bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống chủ yếu gặp ở nữ giới và lứa tuổi thường gặp nhất là 15 – 50 (Bảng 1)

Bảng 1: So sánh đặc điểm nhóm nghiên cứu đủ tiêu chuẩn chẩn đoán lupus ban đỏ hệ thống

Đặc điểm		Huỳnh P. P. Linh (2014) [2] N = 120	Nguyễn Thị Chúc (2017) [3] N = 317	Martina (2013) [6] N = 222	Chúng tôi (2022) N = 70
Giới tính	Nữ (%)	95,8	88,9	94,5	90
	Nam (%)	4,2	11,1	5,5	10
Tuổi trung bình		44,56 ± 18,26	32,0 ± 13,1	40,6 ± 12,2	35,57 ± 11,03

3.2. Tỷ lệ dương tính với các tự kháng thể

Bảng 2: Sự phân bố tỷ lệ các tự kháng thể

Tự kháng thể	Chúng tôi N = 70		H. P. P. Linh (N = 120) [2]	Rahman A (N = 145) [9]	Martina (N = 222) [6]
	N	%			
Anti-Nucleosome	8	8,69			
Anti - dsDNA	48	52,17	84,2	54	63,9
Anti-SM	4	4,34	45,8		3,4
Anti - SSA	5	5,43	55	10	32,8
C1q	13	14,13			
Beta2-Glycoprotein IgG	7	7,60			
Cardiolipin IgG	2	2,17	7,5		
Ribosomal P protein	2	2,17			

Qua số liệu nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 2 cho thấy, ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống, tự kháng thể chiếm tỷ lệ cao nhất là Anti-dsDNA với 52,17%; tiếp theo là tỷ lệ C1q, Anti-Nucleosome, Beta2-Glycoprotein IgG và Anti-SSA theo tỷ lệ tương ứng là 14,13%, 8,69%, 7,6% và 5,43%. So với các nghiên cứu khác, số liệu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của H.P.P. Linh (2014) [2] với Anti ds-DNA chiếm tỷ lệ cao nhất với 84,2%. Tương tự, nghiên cứu của Rahman A năm 2008 [9] với tỷ lệ Anti ds-DNA và Anti-SSA tương ứng là 63,9% và 32,8%. Một số tự kháng thể khác có sự không tương đồng, điều này có thể giải thích do sự khác biệt về cỡ mẫu, sắc tộc và địa lý.

Bảng 3: Sự phân số giữa các tự kháng thể dựa trên kiểu lắng đọng huỳnh quang

Kiểu lắng đọng huỳnh quang	Tự kháng thể
Đốm nhân (n=43)	Anti-dsDNA, Anti-Nucleosome, C1q, Anti-SM, Anti SSA, Beta2-Glycoprotein IgG, Cardiolipin IgG
Đồng nhất (n=9)	Anti-dsDNA, Anti-Nucleosome, C1q, Anti SSA, Beta2-Glycoprotein IgG, Ro-52,

	CENP-B
Đồng nhất – đốm (n=9)	Anti-dsDNA, Anti-Nucleosome, C1q, Anti SSA, Beta2-Glycoprotein IgG, Mi-2, Ku, Ribosomal P protein, Nrnnp/Sm
Đồng nhất – hạt nhân(n=2)	Anti-dsDNA, C1q
Hỗn hợp (n=4)	Anti-Scl70, histione, Ribosomal P protein, AMA M2, Cardiolipin IgG, Beta2-Glycoprotein IgG, Anti-Nucleosome
Âm tính (n=3)	Anti-dsDNA

Xét nghiệm tìm kháng thể kháng nhân bằng kỹ thuật miễn dịch huỳnh quang gián tiếp trên tế bào Hep-2 không những cho biết kết quả dương tính hay âm tính mà còn cho biết trạng thái lắng đọng huỳnh quang của từng bệnh nhân. Dựa vào dạng lắng đọng có thể dự đoán loại kháng thể và bước đầu định hướng đến bệnh mà bệnh nhân đó mắc. Theo một nghiên cứu tại Thụy Sĩ của Martina trên 222 bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống, dạng đồng nhất (gợi ý đến sự xuất hiện của tự kháng thể DNA, tự kháng thể kháng Histon, tự kháng thể DNP) chiếm tỉ lệ cao nhất 54%, tiếp theo là thể đốm (gợi ý sự xuất hiện

Anti-SM trong bệnh lupus ban đỏ hệ thống, Anti-RNP trong bệnh tổ chức liên kết hỗn hợp, Anti-SSB gặp trong SS) chiếm 22% [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tiến hành khảo sát sự phân bố các tự kháng thể trên 70 mẫu bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống. Sự hiện diện tự kháng thể Anti-dsDNA ở hầu hết các dạng lắng đọng huỳnh quang. Ghi nhận trong 3 trường hợp âm tính với ANA có 2 trường hợp dương tính với Anti-dsDNA. Các tự kháng thể thường gặp là Anti-Nucleosome, C1q, Anti-SM, Anti SSA, Beta2-Glycoprotein IgG, Cardiolipin IgG ở các dạng lắng đọng đốm nhân (n=43), đồng nhất (n=9). Với dạng đồng nhất-đốm (n=9) ghi

nhận sự xuất hiện Mi-2, Ku, Ribosomal P protein, Nrnpp/Sm. Một số dạng lắng đọng hỗn hợp centromere-đồng nhất, đốm-hạt nhân ghi nhận thêm các tự kháng thể Anti-Scl70, histione, Ribosomal P protein, AMA M2. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả của Karumanchi năm 2018 [8] với sự hiện diện của Anti ds-DNA ở hầu hết các dạng lắng đọng như đồng nhất (n=10), thể đốm (n=23), cytoplasmic (n=9) và các trường hợp âm tính (n=9). Đồng thời cũng ghi nhận Anti-Scl70, histione, Ribosomal P protein, AMA M2 ở các thể hỗn hợp

3.3. Giá trị trung bình các xét nghiệm ở nhóm tự kháng thể dương tính

Bảng 4: Giá trị trung bình của các chỉ số cận lâm sàng ở các nhóm tự kháng thể

Chỉ số xét nghiệm	CSBT	ANA (+)	Anti-dsDNA (+)	C1q (+)
RBC (T/L)	3,8 – 5,5	3,11 ± 0,83 ^(*)	4,09 ± 0,79 ^(*)	3,69 ± 0,76
HGB (g/L)	120 – 175	118,76 ± 22,77	120,22 ± 22,2 ^(*)	109,73 ± 19,64
HCT (L/L)	0,35 – 0,53	0,35 ± 0,07 ^(*)	0,36 ± 0,07 ^(*)	0,32 ± 0,06
PLT (G/L)	150 – 450	269,67 ± 101,92	283,54 ± 96,61 ^(*)	238,67 ± 50,31
Urea (mg/dL)	10,2 – 49,7	36,57 ± 45,22	30,69 ± 15,13	39,49 ± 25,58
Creatinin (mg/dL)	0,57 – 1,24	0,93 ± 0,72	0,81 ± 0,24	0,92 ± 0,36
Calci (mmol/L)	2,1 – 2,55	2,22 ± 0,17	2,22 ± 0,17	2,15 ± 0,13
C3 (g/L)	0,9 – 1,8	0,83 ± 0,36	0,81 ± 0,36 ^(*)	0,76 ± 0,23
C4 (g/L)	0,1 – 0,4	0,19 ± 0,12	0,17 ± 0,11 ^(*)	0,19 ± 0,11

(*): $p < 0,05$

Trong nghiên cứu này chúng tôi so sánh mối tương quan của các chỉ số cận lâm sàng bao gồm các chỉ số huyết học và sinh hóa thường quy. Kết quả ghi nhận số lượng hồng cầu ở nhóm tự kháng thể ANA dương tính (n=67) là $3,11 \pm 0,83$ T/L thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm tự kháng thể ANA âm tính (n=3); tương tự nồng độ hematocrit là $0,35 \pm 0,07$ L/L cũng thấp hơn có ý nghĩa thống kê giữa nhóm ANA dương tính và ANA âm tính. Các chỉ số sinh hóa bao gồm nồng độ urea, creatinine, calci, complement C3, complement C4 ở nhóm ANA dương tính lần lượt là $36,57 \pm 45,22$ mg/dL; $0,93 \pm 0,72$ mg/dL; $2,22 \pm 0,17$ mmol/L; $0,83 \pm 0,36$ g/L; $0,19 \pm 0,12$ g/L; kết quả không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở những chỉ số sinh hóa trên nhóm ANA dương tính và âm tính.

Ở nhóm bệnh lupus có tự kháng thể Anti-dsDNA, chúng tôi cũng tiến hành phân tích các giá trị trung bình ở các chỉ số sinh hóa, chúng tôi ghi nhận nồng độ thấp hơn và có ý nghĩa thống kê giữa nhóm Anti-dsDNA dương tính (n=48) và âm tính (n=22) với giá trị trung bình C3 là $0,81 \pm 0,36$ g/L và C4 là $0,17 \pm 0,11$ g/L. Tuy nhiên, với các chỉ số nồng độ urea, creatinine, calci, không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa ở nhóm này. Đối với các chỉ số huyết học ở nhóm Anti

ds-DNA dương tính và âm tính, chúng tôi ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở các chỉ số RBC, HGB, HCT và PLT với giá trị tương ứng lần lượt là $4,09 \pm 0,79$ T/L; $120,22 \pm 22,2$ g/L; $0,36 \pm 0,07$ L/L; $283,54 \pm 96,61$ G/L. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Huỳnh Phan Phúc Linh [2] với các nghiên cứu đa trung tâm (Bỉ, Hà Lan, Anh, Slovakia) [7]

Nồng độ các chỉ số xét nghiệm giữa hai nhóm bệnh nhân lupus có C1q dương tính (n=13) và âm tính (n=57) khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ phân bố các tự kháng thể trên 70 bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống: 52,17% Anti-dsDNA; 14,13% C1q; 8,69% Anti-Nucleosome; 7,61% Beta2-Glycoprotein IgG; 5,43% Anti-SSA; 4,34% Anti-SM

Sự hiện diện của kháng thể ANA liên quan đến một số chỉ số hồng cầu và nồng độ hematocrit

Sự hiện diện của kháng thể Anti ds-ANA liên quan đến các chỉ số huyết học: số lượng hồng cầu, nồng độ hemoglobin, nồng độ hematocrit, số lượng tiểu cầu và nồng độ C3, C4

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Thu Hương, Nguyễn Tất Thắng (2013)**, Tỷ lệ kháng thể kháng nucleosome trong bệnh lupus ban đỏ hệ thống – mối tương quan giữa kháng thể kháng nucleosome với ANA, Anti-dsDNA và độ hoạt động của bệnh. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 17(1), pp. 294-300.
2. **Huỳnh Phan Phúc Linh, Lê Anh Thư (2014)**, Nghiên cứu một số kháng thể trên bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống và một số yếu tố liên quan. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 18(2), 148-154.
3. **Nguyễn Thị Chúc, Vũ Nguyệt Minh, Lê Hữu Doanh, Lê Huyền My (2017)**, Kết quả xét nghiệm tìm kháng thể kháng nhân bằng kỹ thuật miễn dịch huỳnh quang gián tiếp trên tế bào Hep-2 của các bệnh nhân mắc bệnh tổ chức liên kết tự miễn. Tạp chí Nghiên cứu Y học Việt Nam, 106(1), 41-47.
4. **A. Tavde, Agrawal, C., & Deshmukh, A. T. (2018)**, Comparison of immunofluorescence assay (IF) with ELISA in detection of antinuclear antibodies. Indian Journal of Pathology and Oncology, 5(3), 418-420.
5. **Damoiseaux, J., von Mühlen, C. A., et al (2016)**, International consensus on ANA patterns (ICAP): the bumpy road towards a consensus on reporting ANA results. Autoimmunity Highlights, 7(1), 1-8.
6. **Frodlund M, O. Dahlstrom, A. Kastbom et al (2013)**, Associations between antinuclear antibody staining patterns and clinical features of systemic lupus erythematosus: analysis of a regional Swedish register, BMJ Open, 3(10).
7. **Hoffman IE, Peene I et al (2004)**, Specific antinuclear antibodies are associated with clinical features in lupus erythematosus, Ann Rheum Dis, 63, pp.1155-1158
8. **Karumanchi, D., & Oommen, S. (2018)**, Evaluation of Diagnostic Significance and Cost Effectiveness of ELISA and IFA for the Diagnosis of Autoimmune Disorders, Immunome Research, 14(2), 1-6.
9. **Rahman A, Isenberg DA (2008)**, Systemic Lupus Erythematosus, N Engl J Med, 358, pp. 929-939
10. **El-Chennawi, F.A, et al (2009)**, Comparative study of antinuclear antibody detection by indirect immunofluorescence and enzyme immunoassay in lupus patients. Immunol Invest, 38(8), 50-839.

CHỈ SỐ TIỂU CẦU CHƯA TRƯỞNG THÀNH Ở BỆNH NHÂN SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thanh Bình^{1,2}, Nguyễn Thị Phương Thảo¹,
Nguyễn Thị Duyên¹, Lương Thị Nghiêm¹

TÓM TẮT

Tiểu cầu chưa trưởng thành (IPF) là tiểu cầu mới sinh từ tủy xương ra máu ngoại vi, phản ánh khả năng sản xuất tiểu cầu của tủy xương. Nghiên cứu nhằm đánh giá chỉ số IPF ở bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2020-2021. Qua đó tìm hiểu mối liên quan giữa chỉ số tiểu cầu chưa trưởng thành và sự phục hồi tiểu cầu sau điều trị. Nghiên cứu trên 33 trẻ bị sốt xuất huyết Dengue (nhóm bệnh) và 32 trẻ bình thường (nhóm chứng), trong đó nhóm bệnh được theo dõi số lượng tiểu cầu, %IPF tại thời điểm nhập viện và 24h, 48h, 72h sau khi vào viện hoặc cho đến khi bệnh nhân được ra viện. Kết quả cho thấy %IPF chứng là 1,32% (1,06-1,58); %IPF nhóm bệnh là 3,56%-7,31%. Trong đó 72,73% bệnh nhân số lượng tiểu cầu hồi phục trong vòng 24 giờ sau khi %IPF đạt đỉnh và 87,88% hồi phục trong vòng 48h; và 90,91% hồi phục trong vòng 72h. Tại ngày sốt thứ 6, %IPF có giá trị dự đoán khả năng sắp hồi phục số lượng tiểu cầu với độ nhạy 46,7%, độ đặc hiệu 100% với điểm cắt là 7,3%.

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Bình

Email: nguyenthanhbinh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 30.3.2023

Từ khóa: Sốt xuất huyết, tiểu cầu chưa trưởng thành, Bệnh viện Nhi Trung ương

SUMMARY

IMMATURE PLATELET FRACTION (IPF) INDEX IN DENGUE FEVER PATIENTS AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Immature Platelet Fraction (IPF) are platelets nascent from the bone marrow into peripheral blood, reflecting the bone marrow's ability to produce platelets. This study was conducted to evaluate the IPF index in Dengue fever patients at the National Children's Hospital in 2020-2021. Thereby investigating the relationship between immature platelet fraction and platelet recovery after treatment. Study on 33 children with Dengue hemorrhagic fever (disease group) and 32 normal children (control group) in which disease group was counted PLT, %IPF at the time of admission and after 24hours, 48hours, 72 hours after admission or until the patient is discharged. The results showed that %IPF of control group was 1.32% (1.06-1.58), %IPF of patient group was 3.56%-7.31%. In which 72.73% of patients platelets recovered to normal range within 24 hours after %IPF peaked, 87.88% of patients recovered platelets within 48 hours and 90.91% of patients recovered platelets within 72 hours. At the 6th day of fever, %IPF had a predictive value for platelet recovery with a sensitivity of 46.7%, a specificity of 100% with a cut-off point of 7.3%.