

ra có 10 trẻ trong số này có điểm số Apgar ở phút thứ 1 < 7 điểm và có 5/10 trẻ bị suy hô hấp phải can thiệp điều trị Nhi khoa. Những trẻ này bị bệnh do hội chứng hít phải phân xu. Như vậy khi thai có nước ối nhuộm phân xu thì nguy cơ trẻ sơ sinh bị ngạt (chỉ số Apgar ở phút thứ 1 < 7 điểm) cao hơn. Đây chính là lý do để chúng ta phải xử lý càng sớm càng tốt khi đã phát hiện nước ối lẫn phân xu.

Kiểm định cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chỉ số Apgar phút thứ nhất giữa 2 nhóm đẻ đường âm đạo và mổ lấy thai với  $p > 0,05$ , độ tin cậy 95%. Do đó phương pháp đẻ có thể không phải là một yếu tố ảnh hưởng đến Apgar phút thứ nhất của trẻ sơ sinh.

## V. KẾT LUẬN

Tuổi mẹ trung bình là  $27,7 \pm 5$  tuổi. Nhóm thai quá ngày dự kiến sinh chiếm 7,5%. Tỷ lệ thai phụ khi nhập viện chưa chuyển dạ chiếm 35,8%. Nhóm chỉ số ối 21 – 40mm chiếm 64,18%, nhóm có chỉ số ối  $\leq 20$ mm chiếm 19,4%. Tỷ lệ mổ lấy thai là 85,1%, đẻ đường âm đạo chiếm 14,9%. Nguyên nhân mổ lấy thai là do chỉ số ối  $\leq 20$ mm chiếm 27,2%. Không có mối liên quan giữa đẻ hay mổ lấy thai với tình trạng apgar của trẻ sơ sinh ở phút thứ nhất với  $p > 0,05$ .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Minh Giang (2014), "Nghiên cứu các

trường hợp thiếu ối ở tuổi thai từ 13 đến 37 tuần tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương", Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

2. Lê Lam Hương (2014), "Nghiên cứu tình hình chuyển dạ của sản phụ mang thai thiếu ối", Tạp chí phụ sản. 12(3), tr. 70 - 73.
3. Võ Đông Hải và Nguyễn Trung Kiên Phạm Thị Thu Hồng (2018), "Tình hình, mức độ thiếu ối và một số yếu tố liên quan ở sản phụ mang thai đủ tháng tại bệnh viện Sản Nhi An Giang", Tạp chí Y dược học Cần Thơ, tr. 5 - 12.
4. Đinh Lương Thái (2012), "Nghiên cứu một số yếu tố liên quan và thái độ xử trí với thai từ 22 đến 37 tuần bị thiếu ối tại bệnh viện Phụ sản Trung ương", Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. Hoàng Phương Thảo (2017), "Nghiên cứu kết quả thai nghén của các trường hợp thiếu ối từ 22 đến 37 tuần tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương", Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. Ninh Văn Minh (2013), "Thiếu ối ở thai trên 28 tuần, các yếu tố liên quan và phương pháp xử trí tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình", Tạp chí Y học thực hành. 874(6), tr. 90-1.
7. Sima S.Nagawkar Guy shrem, Mordechai Hallk và Asnat Walfisch (2016), "Isolated Oligohydramnios at Term as an Indication for Labor Induction: A Systematic Review and Meta-Analysis", Fetal Diagn Ther. 4, tr. 1015 - 3837.
8. J. P. Phelan và các cộng sự. (1987), "Amniotic fluid volume assessment with the four-quadrant technique at 36-42 weeks' gestation", J Reprod Med. 32(7), tr. 540-2.
9. L. N. Petrozella và các cộng sự. (2011), "Clinical significance of borderline amniotic fluid index and oligohydramnios in preterm pregnancy", Obstet Gynecol. 117(2 Pt 1), tr. 338-342.

# MỐI LIÊN QUAN GIỮA KIỂU LẮNG ĐỘNG KHÁNG THỂ KHÁNG NHÂN TRÊN MIỀN DỊCH HUỖNH QUANG GIÁN TIẾP VÀ SỰ LƯU HÀNH CÁC KHÁNG THỂ ĐẶC HIỆU TRONG CÁC BỆNH LÝ TỰ MIỄN HỆ THỐNG THƯỜNG GẶP

Nguyễn Văn Đĩnh<sup>1,2,3</sup>, Nguyễn Thị Hoài Phương<sup>1</sup>  
Nguyễn Huy Đông<sup>4</sup>, Nguyễn Thị Hồng Nhi<sup>2</sup>, Trương Công Duẩn<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Tổng quan:** Bệnh tự miễn gồm khoảng 100 bệnh lý khác nhau ảnh hưởng đến khoảng 3-5% dân số. ANA là một dấu ấn sinh học quan trọng, được phát

hiện thông qua phương pháp IIF. Phương pháp này được áp dụng ở một số cơ sở khám chữa bệnh, tuy nhiên chưa có sự đánh giá đồng bộ và đầy đủ về các tự kháng thể lưu hành. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang của 110 hồ sơ có chẩn đoán bệnh tự miễn hệ thống tại bệnh viện Vinmec Times City từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 6 năm 2022 có kết quả ANA bằng phương pháp IIF. **Kết quả:** Tỷ lệ ANA dương tính như sau: UCTD 82.3%, SSc 77.8%, SLE 70.6%, SS 71.4%, PM/DM 53.3%. Kiểu lắng đọng huỳnh quang thường gặp nhất là lốm đốm và đồng nhất. Kiểu lắng đọng đồng nhất thường phát hiện các tự kháng thể dsDNA, histone, nucleosomes. Tự kháng thể kháng Scl-70, Ro-52 được tìm thấy trong cả năm bệnh được nghiên cứu. **Kết luận:** ANA có tỉ lệ dương tính cao ở các bệnh tự miễn bao gồm UCTD, SSc, SLE,

<sup>1</sup>Bệnh viện Vinmec Times City

<sup>2</sup>Đại Học VinUniversity

<sup>3</sup>Đại học Penn State, Hoa Kỳ

<sup>4</sup>Trường Đại Học Y tế Công Cộng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đĩnh

Email: v.dinhnv6@vinmec.com

Ngày nhận bài: 15.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.5.2023

Ngày duyệt bài: 19.5.2023

và PM/DM. Tỷ lệ các kiểu lắng đọng, phổ lắng đọng và tự kháng thể đặc hiệu tương ứng có tính đặc hiệu bệnh lý. **Từ khóa:** ANA, Bệnh tự miễn, Sjogren, Lupus ban đỏ, Viêm da cơ, Viêm đa cơ

## SUMMARY

### CORRELATION BETWEEN INDIRECT IMMUNOFLUORESCENCE ANTI-NUCLEAR ANTIBODIES PATTERNS AND SPECIFIC NUCLEAR ANTIBODIES IN SOME COMMON SYSTEMIC AUTOIMMUNE DISEASES

**Background:** Approximately 3-5% of the population is affected including 100 types of autoimmune diseases. Antinuclear antibody (ANA) is an important biomarker for autoimmune diseases, detected by indirect immunofluorescence (IIF) method. This method has been applied widely in several hospitals; however, there is no synchronous and complete assessment of autoantibodies. **Method:** This cross-sectional study was conducted on 110 medical records of individuals diagnosed with autoimmune diseases at Vinmec International Hospital from January 2020 to June 2022. The IIF were performed to determine the presence of ANA. **Result:** The presence of ANA varies across the following diseases: undifferentiated connective tissue disease (UCTD) 82.3%, systemic sclerosis (SSc) 77.8%, systemic lupus erythematosus (SLE) 71.4%, polymyositis/dermatomyositis (PM/DM) 53.3%. The most common deposition patterns were speckled pattern and homogenous pattern. In homogenous pattern, the dsDNA, histone and nucleosomes antibodies were found frequently. Scl-70 and Ro-52 antibodies were detected in all five diseases which were studied. **Conclusion:** The presence of ANA detected by IIF were significantly high in UCTD, SSc, SLE, and PM/DM. The deposition patterns and the specific antibodies were different and diseases-specific.

**Keywords:** ANA, lupus erythematosus, dermatomyositis/polymyositis, Sjogren Syndrome, Undifferentiated connective tissue disease

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tự miễn ảnh hưởng đến khoảng 3-5% dân số và cho tới hiện tại hơn 100 bệnh lý tự miễn đã được phát hiện. Kháng thể kháng nhân (ANA) là tự kháng thể tấn công các protein tự thân trong cấu trúc nhân tế bào. ANA là một dấu ấn sinh học quan trọng, được tìm thấy trong các bệnh nhân mắc bệnh tự miễn, và thường được sử dụng trong việc chẩn đoán và điều trị bệnh tự miễn thông qua các xét nghiệm định lượng. Hiện nay có nhiều phương pháp phát hiện ANA trong đó IIF vẫn được đánh giá là tiêu chuẩn vàng để phát hiện kháng thể kháng nhân. Phương pháp này được sử dụng rộng rãi như một xét nghiệm sàng lọc phổ tự kháng thể rộng và là một phần quan trọng trong tiêu chí phân loại một số bệnh tự miễn hệ thống. Bên cạnh đó, 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, có thể gợi ý loại tự kháng thể có khả năng xuất hiện nhất trong huyết thanh của người bệnh.

Ở Việt Nam, xét nghiệm ANA bằng phương pháp IIF đã được áp dụng ở một số cơ sở khám chữa bệnh, tuy nhiên chưa có sự đánh giá đồng bộ và đầy đủ về các tự kháng thể đang sử dụng hiện nay. Các nghiên cứu trước đó thường chỉ nghiên cứu trên một bệnh tự miễn và một phương pháp xét nghiệm ANA (1-3). Hơn nữa, cho tới hiện tại vẫn chưa có nhiều nghiên cứu và công bố tổng quát về mô hình các kiểu lắng đọng huỳnh quang và phổ tự kháng thể đặc hiệu tương ứng ở người Việt. Đây là lí do chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Mối liên quan giữa kiểu lắng đọng kháng thể kháng nhân trên miễn dịch huỳnh quang gián tiếp và sự lưu hành các kháng thể đặc hiệu trong các bệnh lý tự miễn hệ thống thường gặp", với mục tiêu xác định tỉ lệ dương tính và các kiểu hình lắng đọng ANA huỳnh quang gián tiếp, đồng thời phân tích các phổ tự kháng thể immunoblot với các kiểu lắng đọng ở một số bệnh tự miễn.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** Hồ sơ bệnh án của người bệnh đã được chẩn đoán xác định mắc bệnh tự miễn hệ thống tại bệnh viện Vinmec Times City từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2022

### \* Tiêu chuẩn chọn vào:

Hồ sơ bệnh án của người bệnh có đầy đủ thông tin và được chẩn đoán Lupus ban đỏ hệ thống theo tiêu chuẩn ACR/SLICC 2015; Xơ cứng bì toàn thể theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2013; Viêm đa cơ/viêm da cơ theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2017; Hội chứng Sjogren theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2016 và bệnh mô liên kết không phân loại.

### \* Tiêu chuẩn loại trừ:

Những hồ sơ bệnh án không đầy đủ các thông tin cần thiết cho thu thập nghiên cứu

### Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu này được thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang

### Phương pháp xét nghiệm kháng thể

Phương pháp xét nghiệm kháng thể kháng nhân ANAs bằng phương pháp huỳnh quang miễn dịch gián tiếp. Các kiểu hình bắt màu theo phân loại theo ICAP (The International Consensus on Antinuclear Antibody Patterns (ICAP)) và các kháng thể đặc hiệu được xác định bằng phương pháp kit EUROLINE ANA Profile 23 (IgG) của hãng euroimmun Đức. Xét nghiệm

được sử dụng để xác định đồng thời 23 kháng thể kháng nhân với 23 loại kháng nguyên khác nhau trong huyết thanh/huyết tương bệnh nhân, gồm có: dsDNA, nucleosomes, histones, SS-A, Ro-52, SS-b, nRNP/Sm, Mi-2 $\alpha$ , Mi-2 $\beta$ , Ku, CENP A, CENP B, Sp100, PML, Scl-70, PM-Scl 100, PM-Scl75, RP11, RP155, gp210, PCNA, DFS70. Xét nghiệm viêm cơ tự miễn 16 Ag với kit EUROLINE Autoimmune Inflammatory Myopathies 16 Ag et cN-1A et HMGR (IgG) của hãng EuroImmun Đức. Xét nghiệm được sử dụng để xác định đồng thời 16 kháng thể kháng nhân với 16 loại kháng nguyên khác nhau trong huyết thanh/huyết tương bệnh nhân, gồm có: Mi-2 $\alpha$ , Mi-2 $\beta$ , TIF1 $\gamma$ , MDA5, NXP2, SAE1, Ku, PM-Scl 100, PM-Scl75, Jo-1, SRP, PL-7, PL-12, EJ, OJ, Ro-52, cN-1A, HMGR.

**Thu thập số liệu và phân tích số liệu.** Thu thập số liệu thứ cấp từ hồ sơ bệnh án của các người bệnh của phòng khám miễn dịch dị ứng và các phòng khám khác tại bệnh viện Vinmec Times City từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2022.

Các thông tin của người bệnh được thu thập từ hệ thống bệnh án điện tử. Xử lý số liệu: Excel, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

**Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu này được thực hiện thông qua sự đồng ý của Hội đồng đạo đức trường Đại học Y tế công cộng và đồng phê duyệt hội đồng đạo đức nghiên cứu y sinh Hệ thống Y tế Vinmec-VinUni. Số liệu được lấy khi có sự đồng ý của ban lãnh đạo bệnh viện và ban lãnh đạo khoa xét nghiệm bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times City. Các thông tin có khả năng định danh người bệnh được bảo mật.

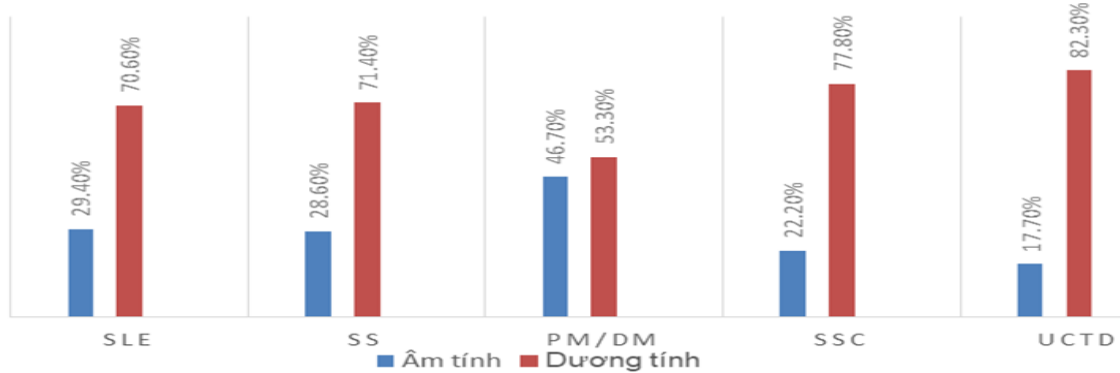
**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Tổng số 110 bệnh án của các bệnh nhân được chẩn đoán mắc các bệnh lý tự miễn hệ thống thường gặp bao gồm lupus ban đỏ hệ thống, hội chứng Sjogren, Viêm da cơ/đa cơ, Xơ cứng bì hệ thống và bệnh mô liên kết không phân loại. Hồ sơ bệnh án có đầy đủ các thông tin theo các điều kiện đã được đánh giá trong mục tiêu chuẩn nghiên cứu. Kết quả chỉ ra rằng nhóm hội chứng Sjogren, bệnh Lupus ban đỏ hệ thống và xơ cứng bì, tỉ lệ bệnh nhân nữ vượt trội so với nam với tỉ lệ từ 6:1, 7:1 và 8:1 theo thứ tự. Tuổi trung bình nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu này là 47.7 $\pm$ 15.9 tuổi (Bảng 1)

**Bảng 1: Tỉ lệ của các bệnh tự miễn phân loại theo giới tính và tuổi**

Bệnh	Giới tính						Tuổi trung bình	Tỉ lệ nữ/nam
	Nữ			Nam				
	N	%	Tuổi	N	%	Tuổi		
Quần thể bệnh	85	77.3%	45 $\pm$ 14.3	25	22.7%	56.8 $\pm$ 18	47.7 $\pm$ 15.9	3.4:1
Lupus ban đỏ hệ thống	15	88.2%	44.7 $\pm$ 14.3	2	11.8%	67.5 $\pm$ 40.3	47.4 $\pm$ 18.4	7:1
Hội chứng Sjogren	6	85.7%	48 $\pm$ 14.6	1	14.3%	51	48.4 $\pm$ 13.4	6:1
Viêm da cơ/ Viêm đa cơ	8	53.3%	49 $\pm$ 13.2	7	46.7%	51.8 $\pm$ 20.8	50.3 $\pm$ 16.6	1.1:1
Xơ cứng bì hệ thống	8	88.9%	55.7 $\pm$ 13.2	1	11.1%	75	57.9 $\pm$ 13.9	8:1
Bệnh mô liên kết ko biệt hóa	48	77.4%	42.2 $\pm$ 14.0	14	22.6%	56.9 $\pm$ 14.5	45.5 $\pm$ 15.3	3.5:1

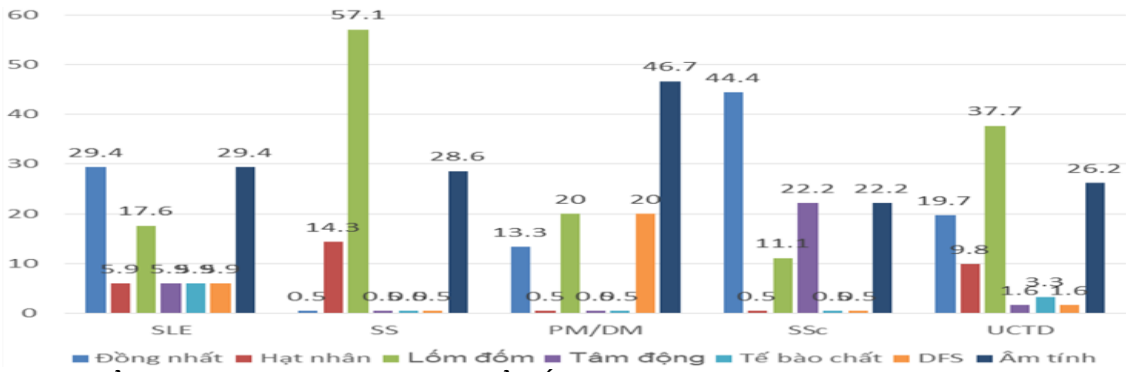
**Tỉ lệ dương tính kháng thể kháng nhân miễn dịch huỳnh quang gián tiếp**



**Biểu đồ 1: Tỉ lệ dương tính kháng thể kháng nhân miễn dịch huỳnh quang gián tiếp**

Bệnh nhân mắc bệnh tự miễn hệ thống thường có tỉ lệ dương tính ANA IIF cao. Theo kết quả từ biểu đồ 1, tỉ lệ dương tính ANA IIF cao nhất ở nhóm bệnh bệnh mô liên kết không phân loại, thấp nhất là viêm da cơ/viêm đa cơ với 82.3% và 53.3% tương ứng.

**Tỉ lệ xuất hiện các kiểu lắng đọng huỳnh quang trong từng bệnh**

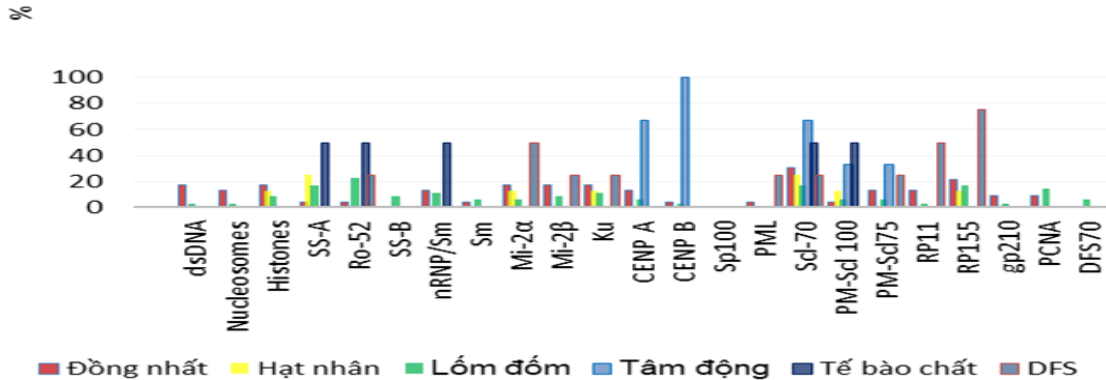


**Biểu đồ 2. Tỷ lệ xuất hiện các kiểu lắng đọng huỳnh quang trong từng bệnh**

Trong nghiên cứu trước đây, trên nhóm bệnh tự miễn hệ thống, kiểu lắng đọng huỳnh quang hay gặp nhất là lốm đốm và đồng nhất. Trong nghiên cứu này của chúng tôi, kết quả cho thấy rằng nhóm Lupus ban đỏ hệ thống và xơ cứng bì hệ thống kiểu lắng đọng thường gặp nhất là đồng nhất. Ngoài ra, nhóm hội chứng

Sjögren và bệnh mô liên kết không phân loại thường gặp nhất là kiểu lắng đọng lốm đốm (Biểu đồ 2).

**Tỷ lệ xuất hiện kháng thể đặc hiệu bằng immunoblot theo kiểu lắng đọng huỳnh quang**

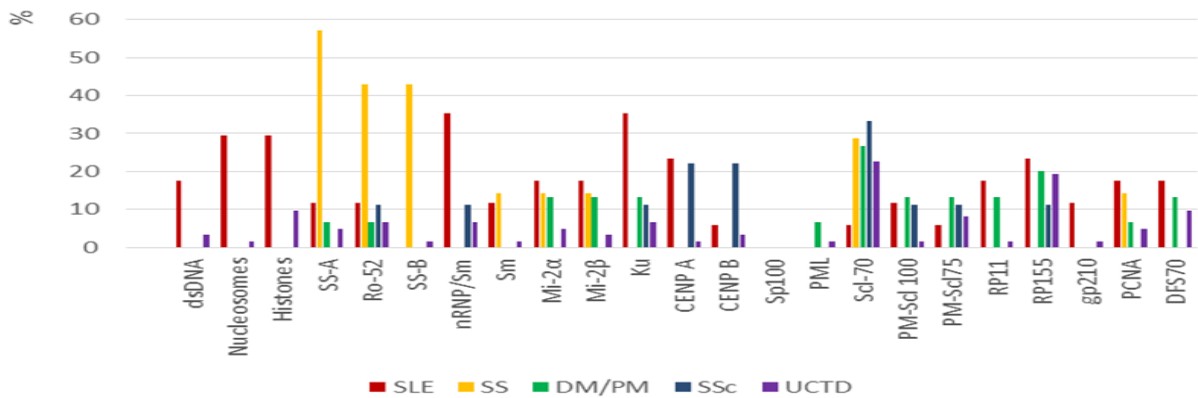


**Biểu đồ 3. Tần suất xuất hiện kháng thể đặc hiệu bằng immunoblot theo kiểu lắng đọng huỳnh quang**

Trong các nghiên cứu trước đây, các mẫu huyết thanh dương tính với kiểu lắng đọng đồng nhất thường phát hiện tự kháng thể đặc hiệu kháng dsDNA, histone, nucleosomes, RP155. Nghiên cứu này của chúng tôi cho kết quả tương tự, tự kháng thể đặc hiệu được tìm thấy trong các

mẫu huyết thanh dương tính với kiểu lắng đọng lốm đốm là các tự kháng thể kháng Ro-52, SSA, scl 70, RP155 (Biểu đồ 3).

**Tần suất xuất hiện kháng thể đặc hiệu trong các bệnh tự miễn hệ thống**



**Biểu đồ 4. Tần suất xuất hiện kháng thể đặc hiệu trong các bệnh tự miễn hệ thống**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tự kháng thể SSA được tìm thấy nhiều nhất, đặc biệt trong hội chứng Sjögren (Biểu đồ 4). Nucleosomes, histon, Ku là các tự kháng thể thường tìm thấy nhất trong bệnh lupus ban đỏ hệ thống.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi có một tỉ lệ dương tính cao ANA IIF ở các bệnh tự miễn hệ thống. Tỉ lệ dương tính ANA IIF ở nhóm người bệnh SLE, SS, PM/DM, SSc, UCTD lần lượt là 70,6%, 71,4%, 53,3%, 77,8%, 82,3%. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đó của Nguyễn Văn Tuấn (1), Athanasios G (2), Patompong (3) và cũng chỉ ra rằng ANA là một yếu tố quan trọng trong các bệnh tự miễn hệ thống.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kiểu hình lắng đọng huỳnh quang hay gặp nhất là lốm đốm và đồng nhất với tỉ lệ lần lượt là 31,2% và 21,1%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Qiuqing Wei với tỉ lệ kiểu lắng đọng lốm đốm là 31,2%, đồng nhất là 18,8% (4), nghiên cứu của Fernanda và các cộng sự với tỉ lệ kiểu lắng đọng lốm đốm là 40,6% (5). Chúng tôi nhận thấy rằng, với từng bệnh tự miễn hệ thống, mô hình các kiểu lắng đọng huỳnh quang ANA khác nhau. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, kiểu lắng đọng huỳnh quang trong SLE thường gặp nhất là đồng nhất và lốm đốm, nhóm SS kiểu lắng đọng thường được tìm thấy nhất là lốm đốm, tiếp đó là hạt nhân. Kiểu lắng đọng tâm động thường được tìm thấy nhất trong nhóm SSc. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Sun Ah Lee (6).

Kết quả định tính (dương tính hoặc âm tính) cùng với kiểu lắng đọng huỳnh quang ANA giúp cung cấp những thông tin hữu ích liên quan trên lâm sàng để xác định xét nghiệm tìm kháng thể đặc hiệu. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 82 trường hợp ANA IIF dương tính được chỉ định tìm tự kháng thể đặc hiệu bằng xét nghiệm 23 kháng thể kháng nhân bằng phương pháp immunoblot. Ở kiểu lắng đọng đồng nhất, tự kháng thể có tần suất xuất hiện nhiều là scl-70, DFS70, RP155. Kiểu lắng đọng hạt nhân có tỉ lệ tự kháng thể SSA và scl-70 đều là 25%, ngoài ra còn thấy histones, Ku, Mi2- $\alpha$ . Kiểu lắng đọng lốm đốm được tìm thấy phổ biến nhất là tự kháng thể SSA, Ro-52, nRNP/Sm, SSB, scl-70, Ku, Mi-2 $\alpha$ , Mi-2 $\beta$ . Trong 3 mẫu có kiểu lắng đọng tâm động, cả 3 mẫu đều có tự kháng thể kháng CENP B (100%), 2 mẫu có tự kháng thể kháng CENP A và scl-70, 1 mẫu có tự kháng thể kháng PM/scl. Kiểu lắng đọng kép DFS được tìm thấy ở

3 mẫu trong đó có 1 mẫu dương tính với các tự kháng thể Mi-2 $\alpha$ , Mi-2 $\beta$ , Ku, Ro-52, PML, PM/scl. Kháng thể DSF dương tính đơn độc ít liên quan với các bệnh lý tự miễn.

Tự kháng thể đặc hiệu được tìm thấy trong nhóm SLE ở nghiên cứu của chúng tôi có tần suất xuất hiện lần lượt như sau: kháng thể kháng Ku (35,3%), nRNP/Sm (35,3%), nucleosomes (29,4%), histones (29,4%), dsDNA (17,6%), Ro-52 (11,8%), SSA (11,8%). Các tự kháng thể kháng dsDNA, nucleosomes, histones, nRNP/Sm, Ku có tỉ lệ cao nhất ở bệnh SLE khi so sánh trong 5 bệnh tự miễn hệ thống được tổng kết trong nghiên cứu này. Điều này cho thấy sự đặc hiệu của các tự kháng thể này trong bệnh SLE và hoàn toàn phù hợp với các kết quả được đưa ra ở các nghiên cứu trước đó (7,8). Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, trong nhóm SS, các tự kháng thể xuất hiện thường xuyên nhất là kháng SSA (57,1%), Ro-52 (42,9%), SSB (42,9%), scl-70 (28,6%). Kết quả này tương tự với các nghiên cứu trước đó, kháng thể kháng SSA và SSB được coi là dấu hiệu miễn dịch chính của SS và có thể được tìm thấy tương ứng ở 33-74% và ở 23-52% ở người bệnh SS (9). Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm DM/PM, các tự kháng thể xuất hiện thường xuyên nhất là scl-70 (26,7%), RP155 (20%), Mi-2 $\alpha$  (13,3%), Mi-2 $\beta$  (13,3%), Ku (13,3%), PM-scl75 (13,3%), PM-scl100 (13,3%). Các tự kháng thể phổ biến tìm thấy trong nhóm SSc ở nghiên cứu của chúng tôi là CENP A (22,2%), CENP B (22,2%), scl-70 (33,3%). Tần suất xuất hiện các tự kháng thể trong nhóm bệnh mô liên kết không phân loại của chúng tôi là scl-70 22,6%, RP155 19,4%, histones 9,7%. Bệnh mô liên kết không phân loại có thể tiến triển thành một bệnh lý tự miễn xác định khác, một số đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm có thể gợi ý xác suất phát triển thành một bệnh tự miễn nhất định cao hơn so với các bệnh tự miễn còn lại, vì vậy việc xác định và theo dõi xét nghiệm kháng thể là cần thiết.

#### V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ kháng thể kháng nhân bằng phương pháp miễn dịch huỳnh quang gián tiếp dương tính cao trong nhóm bệnh tự miễn hệ thống với UCTD 82,3%, SSc 77,8%, SS 71,4%, SLE 70,6%, DM/PM 53,3%. Tỉ lệ xuất hiện các kiểu lắng đọng huỳnh quang trong từng bệnh không giống nhau, tùy từng bệnh có kiểu lắng đọng thường gặp nhất. Từng kiểu lắng đọng có phổ tự kháng thể đặc hiệu tương ứng và tỉ lệ xuất hiện các tự kháng thể đặc hiệu giữa các kiểu lắng

động không giống nhau và có tính đặc hiệu cho từng bệnh và kiểu hình lắng đọng trên miễn dịch huỳnh quang gián tiếp.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Tuấn.** Góp phần nghiên cứu các kháng thể kháng chuỗi kép DNA, các thành phần kháng nguyên nhân khác và các mối liên quan của chúng với một số biểu hiện lâm sàng ở bệnh nhân Lupus ban đỏ hệ thống [Luận án PTS chuyên ngành Dị ứng-Miễn dịch]. Đại học Y Hà Nội; 1991.
2. **Tzioufas AG, Tatouli IP, Moutsopoulos HM.** Autoantibodies in Sjögren's syndrome: clinical presentation and regulatory mechanisms. *Presse Med.* 2012 Sep;41(9 Pt 2):e451-460.
3. **Ungprasert P, Leeaphorn N, Hosiriluck N, Chaiwatcharayut W, Ammannagari N, Raddatz DA.** Clinical Features of Inflammatory Myopathies and Their Association with Malignancy: A Systematic Review in Asian Population. *ISRN Rheumatol.* 2013 Feb 25; 2013:509354.
4. **Wei Q, Jiang Y, Xie J, Lv Q, Xie Y, Tu L, et al.** Analysis of antinuclear antibody titers and patterns by using HEp-2 and primate liver tissue substrate indirect immunofluorescence assay in patients with systemic autoimmune rheumatic

- diseases. *J Clin Lab Anal.* 2020 Oct 13;34(12):e23546.
5. **Banhuk FW, Pahim BC, Jorge AS, Menolli RA.** Relationships among Antibodies against Extractable Nuclear Antigens, Antinuclear Antibodies, and Autoimmune Diseases in a Brazilian Public Hospital. *Autoimmune Dis.* 2018 Sep 30;2018:9856910.
  6. **Lee SA, Kahng J, Kim Y, Park Y, Han K, Kwok S, et al.** Comparative Study of Immunofluorescent Antinuclear Antibody Test and Line Immunoassay Detecting 15 Specific Autoantibodies in Patients With Systemic Rheumatic Disease. *J Clin Lab Anal.* 2012 Jul 18;26(4):307-14.
  7. **Guidelines for immunologic laboratory testing in the rheumatic diseases: Anti-DNA antibody tests.** [cited 2022 Apr 26]; Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/art.10558>
  8. **Qu C, Zhang J, Zhang X, Du J, Su B, Li H.** Value of combined detection of anti-nuclear antibody, anti-double-stranded DNA antibody and C3, C4 complements in the clinical diagnosis of systemic lupus erythematosus. *Exp Ther Med.* 2019 Feb;17(2):1390-4.
  9. **Patel R, Shahane A.** The epidemiology of Sjögren's syndrome. *Clin Epidemiol.* 2014 Jul 30;6:247-55.

## NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH KHÁNG KHÁNG SINH VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA STAPHYLOCOCCUS AUREUS ĐƯỢC PHÂN LẬP TỪ BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2022-2023

Vũ Văn Bình<sup>1</sup>, Trần Đỗ Hùng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Vi khuẩn *Staphylococcus aureus* là một trong những căn nguyên hàng đầu gây nhiễm trùng cộng đồng và nhiễm trùng bệnh viện, dẫn đến những hậu quả nghiêm trọng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ và mức độ đề kháng kháng sinh của *Staphylococcus aureus*. Phân tích các yếu tố liên quan đến tỷ lệ kháng kháng sinh của *Staphylococcus aureus*. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 95 mẫu nuôi cấy bệnh phẩm phân lập được chủng vi khuẩn *Staphylococcus aureus*. Thực hiện test kháng sinh đồ để xác định sự đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn với các kháng sinh thông dụng trên máy nuôi

cấy và kháng sinh đồ tự động. **Kết quả:** Tỷ lệ *Staphylococcus aureus* kháng với các kháng sinh penicillin 95,8%, Erythromycin 90,8%, Clindamycin 89,5%. Tỷ lệ *Staphylococcus aureus* nhạy với các kháng sinh Linezolid 100%, Tigecycline (100%), Nitrofurantoin (100%), Vancomycin (97,9%), Quinupristin/Dalopristin 97,8% và Rifampin 93,7%. Tỷ lệ MRSA là 82,1%. Tỷ lệ *Staphylococcus aureus* đa kháng kháng sinh là 92,6%. MRSA có nguy cơ đa kháng kháng sinh cao gấp 7,6 lần so với chủng *S. aureus* khác với OR (KTC95%): 7,6 (1,54-38,43) và  $p=0,018$ . Chưa ghi nhận mối liên quan giữa nguồn vào vi khuẩn và tiền căn bệnh lý với tỷ lệ *S. aureus* đa kháng. **Kết luận:** *Staphylococcus aureus* kháng Methicillin và đa kháng cao với các loại kháng sinh, nhưng vi khuẩn này vẫn nhạy cao với các loại kháng sinh đặt trị. MRSA làm tăng nguy cơ đa kháng kháng sinh. **Từ khóa:** *Staphylococcus aureus*, MRSA, đa kháng kháng sinh.

<sup>1</sup>Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Bình

Email: giusebinh116@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.5.2023

Ngày duyệt bài: 22.5.2023

### SUMMARY

#### STUDYING ON ANTIBIOTIC RESISTANCE AND RELATED FACTORS OF