

có bạch cầu tăng trên 10G/L, và 4% người bệnh có bạch cầu đa nhân trung tính trên 85% biểu hiện một tình trạng nhiễm khuẩn, điều này phù hợp với việc có 3 người bệnh có viêm phổi đi kèm.

Khi tiến hành thăm dò chức năng hô hấp ngoài cơn hen người bệnh có FEV1 trên 80% là ở nhóm tuổi trẻ và trung niên từ 20- 60 tuổi chiếm 100%, còn ở nhóm tuổi từ 61- 70 tuổi và trên 70 tuổi chủ yếu có FEV1 trong khoảng từ 60-80%, không có ai có FEV1 dưới 60%. Có thể thấy tuổi càng cao thì FEV1 càng giảm.

Chụp phổi để phát hiện các biến chứng của hen cũng như tổn thương viêm phổi là căn nguyên làm bệnh cảnh cơn hen nặng lên. Trên phim chụp XQ với người bệnh hen phế quản ngoài cơn hen đa số là bình thường 78% (39 người bệnh), 3 người bệnh có hình ảnh viêm phổi phù hợp với lâm sàng, 6 người bệnh (12%) có phổi tăng sáng gặp ở người bệnh hen lâu năm, 2 người bệnh có hình ảnh kén khí trên phim chụp XQ.

V. KẾT LUẬN

- Đa số NB hen phế quản có độ tuổi trên 70 (40%), là nam giới (58%), trong gia đình có người bị hen (70%), không có tiền sử dị ứng (62%), không mắc bệnh hen từ nhỏ (76%)

- Đa số người bệnh có huyết sắc tố trong giới hạn bình thường (90%), số lượng bạch cầu bình thường (94%), tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính bình thường (96%). Tất cả bệnh nhân có tỷ lệ bạch cầu đa nhân ưa a xít trong giới hạn bình thường.

- Đa số người bệnh có hình ảnh XQ phổi bình thường (78%). 12% người bệnh có hình ảnh phổi tăng sáng, rốn phổi đậm, 6% người bệnh có hình ảnh viêm phổi

- 100% người bệnh trong độ tuổi từ 20-60 có chỉ số FEV1 trên 80%. Đa số người bệnh trong độ tuổi trên 70 có chỉ số FEV1 từ 60% - 80% (85%)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y Tế** (2020), Quyết định 1851/QĐ-BYT ngày 24 tháng 4 năm 2020 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hen phế quản người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi".
- Trường Đại học Y Hà Nội** (2020). Bệnh học nội khoa tập 1. Nhà xuất bản y học
- Centers for Disease Control and Prevention** (2012), "Work-related asthma - 38 and district of olumbia, 2006- 2009", MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 61(20), pp. 375-8.
- Chaaari N, Amri C, Khalfallah T et al** (2009), "Rhinitis and asthma related to cotton dust exposure in apprentices in the clothing industry", Rev Mal Respir, 26(1), pp:29-36
- Dương Quý Sỹ** (2016), Sổ tay hướng dẫn xử trí và dự phòng hen phế quản, GINA
- Hoang Thi Lam, EvaRönmark, Nguyen Van Tuong et al** (2011), "Increase in asthma and a high prevalence of bronchitis: Results from a population study among adults in urban and rural Vietnam", Respiratory Medicine, Volume 105, Issue 2, February 2011, Pages 177-185.
- Nguyễn Năng An** (2009), Hen phế quản, mấy vấn đề thời sự về lý luận, thực hành, Nhà xuất bản Y học
- Phan Quang Đoàn** (2011), "Một số nguyên nhân hay gặp gây Hen phế quản", Tạp chí Y học thực hành, số 9, tr 44- 46.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA KHÁNG THỂ ANTI-SMITH VÀ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, MIỄN DỊCH CỦA BỆNH LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG TRẺ EM

Mai Thành Công¹, Nguyễn Phan Thùy Linh¹, Nguyễn Thị Vân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh đặc điểm lâm sàng và miễn dịch giữa 2 nhóm bệnh nhân lupus trẻ em có và không có kháng thể anti-Smith. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 83 trẻ được chẩn đoán lupus ban đỏ hệ thống mới tại Trung tâm Nhi khoa bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Nhóm bệnh nhân lupus

có kháng thể anti-Smith chiếm tỉ lệ 43,4%, với độ tuổi trung bình $13,1 \pm 2,4$ tuổi, tỉ lệ nữ/nam là 11/1, tỉ lệ gặp các biểu hiện sốt, huyết học, thần kinh, da niêm mạc, thanh mạc, khớp, thận, kháng thể anti-dsDNA (+) và giảm nồng độ bổ thể lần lượt là 47,2%, 50,0%, 11,1%, 50,0%, 22,2%, 33,3%, 58,3%, 94,4% và 86,1%; không khác biệt so với nhóm bệnh nhân lupus không có kháng thể anti-Smith. Tỉ lệ gặp kháng thể kháng phospholipid dương tính ở nhóm bệnh nhân lupus có kháng thể anti-Smith dương tính là 41,7% cao hơn so với ở nhóm bệnh nhân lupus không có kháng thể anti-Smith (19,1%) ($p < 0,05$). **Từ khóa:** Lâm sàng, miễn dịch, kháng thể anti-Smith, lupus, trẻ em.

SUMMARY

ASSOCIATION OF ANTI-SMITH ANTIBODIES WITH CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Mai Thành Công

Email: maithanhcong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2024

Ngày duyệt bài: 23.5.2024

CHARACTERISTICS IN PEDIATRIC SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Objectives: The objective is to contrast the clinical and immunological characteristics of two groups of pediatric systemic lupus erythematosus patients, one with and one without anti-Smith antibodies. **Subjects and methods:** This cross-sectional study involved 83 pediatric patients newly diagnosed with systemic lupus erythematosus at the Pediatric Centre of Bach Mai Hospital. **Results:** Among the participants, 43,4% tested positive for anti-Smith antibodies, with an average age of $13,1 \pm 2,4$ years and a female-to-male ratio of 11:1. The prevalence rates of fever, hematological, neurological, dermatological, mucosal, serosal, joint, and renal manifestations, as well as the presence of anti-double-stranded DNA antibodies and low complement levels were 47,2%, 50,0%, 11,1%, 50,0%, 22,2%, 33,3%, 58,3%, 94,4%, and 86,1%, respectively. No significant discrepancies were observed in the clinical presentations between the two clusters based on the presence or absence of anti-Smith antibodies. The prevalence of positive antiphospholipid antibodies in the anti-Smith antibody-positive lupus patient group (41,7%) was higher compared to that in the anti-Smith antibody-negative lupus patient group (19,1%) ($p < 0,05$). **Keywords:** clinical, immunological, anti-Smith antibodies, lupus, pediatric.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống ở trẻ em (pSLE – pediatric systemic lupus erythematosus) là một bệnh lý tự miễn hệ thống khởi phát trước 16 tuổi và gây ảnh hưởng tới nhiều hệ cơ quan khác nhau. Tỷ lệ khởi phát SLE ở độ tuổi trẻ em ước tính khoảng từ 0,36 - 2,5/100 000 trẻ, chiếm 15 – 20% tổng số các bệnh nhân mắc SLE. Độ tuổi khởi phát có liên quan trực tiếp với biểu hiện, mức độ hoạt động và tỷ lệ tử vong của bệnh. Lupus khởi phát ở tuổi vị thành niên có mức độ hoạt động mạnh hơn và tỷ lệ tử vong chuẩn hóa (SMR – Standardized mortality ratio) cao hơn 3 – 6 lần so với SLE khởi phát ở tuổi trưởng thành [1].

Tự kháng thể trong SLE đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh cũng như trong chẩn đoán và đánh giá mức độ hoạt động của bệnh. Hiện nay, đã phát hiện hơn 180 tự kháng thể ở bệnh nhân lupus [2]. Các tiêu chuẩn phân loại bệnh như EULAR/ACR 2019 và SLICC 2012 đều sử dụng các tự kháng thể ANA, anti ds-DNA, anti-Smith (anti-Sm), antiphospholipid là một trong những tiêu chí giúp chẩn đoán bệnh. Anti-Sm là một trong những tự kháng thể được phát hiện đầu tiên của SLE và có độ đặc hiệu cao đối với bệnh (55 – 100%). Tuy nhiên, ý nghĩa lâm sàng của tự kháng thể anti-Sm vẫn đang còn là vấn đề gây tranh cãi. Mối liên quan giữa anti-Sm với mức độ hoạt động và biểu hiện của SLE vẫn

còn mâu thuẫn giữa các nghiên cứu. Một số nghiên cứu cho thấy không có sự liên quan giữa anti-Sm với mức độ hoạt động của bệnh và tổn thương trên thận, thần kinh. Một số nghiên cứu khác cho thấy sự liên quan của anti-Sm với biểu hiện lâm sàng và mức độ hoạt động bệnh ở cả bệnh nhân là người trưởng thành và trẻ em. Roman Jurecák nhận thấy các tổn thương thận và thần kinh có xu hướng xuất hiện nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân lupus có kháng thể anti-Sm [3].

Hơn nữa, SLE là bệnh lý có biểu hiện, diễn biến và tiên lượng bị ảnh hưởng bởi yếu tố di truyền và chủng tộc [1]. Trong khi đó, tại Việt Nam, có rất ít nghiên cứu về các tự kháng thể trên bệnh nhân lupus nói chung và chưa có nhiều nghiên cứu về lupus trên đối tượng trẻ em và về tự kháng thể anti-Sm. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Tìm hiểu mối liên quan giữa kháng thể anti-Sm và đặc điểm lâm sàng, miễn dịch của bệnh lupus ban đỏ hệ thống trẻ em".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống < 17 tuổi chẩn đoán mới tại Trung tâm Nhi khoa Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1 năm 2021 đến hết tháng 12 năm 2023.

Bệnh nhân được phân loại là lupus ban đỏ hệ thống theo tiêu chuẩn EULAR/ACR 2019 và được chẩn đoán độc lập bởi ít nhất 2 bác sĩ nhi khoa được đào tạo và có từ 3 năm kinh nghiệm trở lên về lupus ban đỏ hệ thống trẻ em.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Hồ sơ bệnh án không đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu

- Bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống đã điều trị
- Hội chứng overlap, bệnh mô liên kết hỗn hợp

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang. Chọn mẫu thuận tiện

Các biến số và chỉ số nghiên cứu:

* Kháng thể anti-Sm: dương tính khi nồng độ > 18 AU/ml, âm tính khi nồng độ < 18 AU/ml.

* Đặc điểm lâm sàng:

- Sốt: nhiệt độ > 38,3°C, loại trừ các nguyên nhân có khả năng gây sốt khác.

- Biểu hiện huyết học: có biểu hiện huyết học khi có ít nhất 1 trong 3 tiêu chí: (i) số lượng bạch cầu giảm < 4 G/L, (ii) số lượng tiểu cầu giảm < 100 G/L, (iii) tan máu tự miễn (bằng chứng tan máu như tăng hồng cầu lưới, tăng bilirubin gián tiếp, tăng LDH và test Coombs trực tiếp dương tính).

- Biểu hiện tâm thần kinh: có biểu hiện tâm

thần kinh khi có ít nhất 1 trong 3 tiêu chí: (i) mê sảng, (ii) rối loạn tâm thần, (iii) co giật.

- Biểu hiện da niêm mạc: có biểu hiện da niêm mạc khi có ít nhất 1 trong 4 tiêu chí: (i) rụng tóc không se (được đánh giá bởi bác sĩ lâm sàng bằng khám trực tiếp hoặc qua ảnh chụp), (ii) loét miệng (được đánh giá bởi bác sĩ lâm sàng bằng khám trực tiếp hoặc qua ảnh chụp), (iii) tổn thương da bán cấp hoặc lupus dạng đĩa (được đánh giá bởi bác sĩ lâm sàng), (iv) tổn thương da cấp tính gồm ban cánh bướm hoặc ban dát sẩn lan tỏa, được đánh giá bởi bác sĩ lâm sàng.

- Biểu hiện thanh mạc: có biểu hiện thanh mạc khi có ít nhất 1 trong 2 tiêu chí: (i) tràn dịch màng phổi hoặc màng tim trên chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, X-quang, CT scan, MRI), (ii) viêm màng ngoài tim cấp khi $\geq 2/4$ đặc điểm sau: (1) đau ngực kiểu màng ngoài tim, (2) tiếng cọ màng ngoài tim, (3) biến đổi điện tim với ST chênh lên, PR chênh xuống ở hầu hết các chuyển đạo, (4) tràn dịch màng tim mới hoặc nặng hơn trên chẩn đoán hình ảnh.

- Biểu hiện khớp: có biểu hiện khớp khi có ít nhất 1 trong 2 tiêu chí: (i) viêm màng hoạt dịch khớp ≥ 2 khớp với biểu hiện sưng khớp hoặc tràn dịch khớp, (ii) đau ≥ 2 khớp và cứng khớp buổi sáng ≥ 30 phút.

- Biểu hiện thận: có biểu hiện thận khi có ít nhất 1 trong 3 tiêu chí: (i) protein niệu $> 0,5$ g/24h với mẫu nước tiểu 24 giờ hoặc protein/creatinine > 50 mg/mmol với mẫu nước tiểu tươi, (ii) viêm thận lupus class II hoặc V trên sinh thiết thận, (iii) viêm thận lupus class III hoặc IV trên sinh thiết thận.

*** Đặc điểm miễn dịch:**

- Kháng thể antiphospholipid: dương tính khi có ít nhất 1 trong 3 tiêu chí: (i) nồng độ kháng thể anticardiolipin (IgA, IgG hoặc IgM) > 40 đơn vị APL, GPL hoặc MPL, (ii) kháng thể anti- $\beta 2$ glycoprotein (IgA, IgG hoặc IgM) dương tính, (iii) chất kháng đông lupus dương tính.

- Nồng độ bổ thể: giảm nồng độ C3, C4 khi nồng độ huyết thanh C3 $< 0,9$ g/l, C4 $< 0,1$ g/l.

- Kháng thể anti-dsDNA: dương tính khi nồng độ > 25 U/ml.

Xử lý số liệu: số liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 22.0, sử dụng các thuật toán thống kê phù hợp.

Thời gian: từ tháng 1/2021 đến hết tháng 12/2023

Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Nhi khoa - Bệnh viện Bạch Mai.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Đề tài nghiên

cứu được thông qua Hội đồng của Bệnh viện Bạch Mai.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi có 83 bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn với 36 trẻ có kháng thể anti-Sm dương tính, chiếm tỉ lệ 43,4%. Chúng tôi so sánh các đặc điểm lâm sàng, miễn dịch ở nhóm bệnh nhân có kháng thể anti-Sm dương tính và nhóm bệnh nhân không có kháng thể anti-Sm.

Bảng 1. Đặc điểm tuổi và giới

Đặc điểm	Anti-Sm (-)		Anti-Sm (+)		p	
	n=47	%	n=36	%		
Tuổi	≤ 12 tuổi	13	27,7	9	25,0	$>0,05$
	>12 tuổi	34	72,3	27	75,0	
	Trung bình	13,1 \pm 1,8		13,1 \pm 2,4		
Giới	Nam	4	8,5	3	8,3	$>0,05$
	Nữ	43	91,5	33	91,7	

Bảng 1 cho thấy tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân lupus có kháng thể anti-Sm dương tính là 13,1 \pm 2,4 tuổi, nhóm trẻ > 12 tuổi chiếm 75%, tỉ lệ nữ/nam là 11/1, không có sự khác biệt với nhóm bệnh nhân lupus không có kháng thể anti-Sm.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Biểu hiện	Anti-Sm (-)		Anti-Sm (+)		p	
	n=47	%	n=36	%		
Sốt	Không	22	46,8	19	52,8	$>0,05$
	Có	25	53,2	17	47,2	
Huyết học	Không	27	57,4	18	50,0	$>0,05$
	Có	20	42,6	18	50,0	
Thần kinh	Không	45	95,7	32	88,9	$>0,05$
	Có	2	4,3	4	11,1	
Da niêm mạc	Không	24	51,1	18	50,0	$>0,05$
	Có	23	48,9	18	50,0	
Thanh mạc	Không	37	78,7	28	77,8	$>0,05$
	Có	10	21,3	8	22,2	
Khớp	Không	36	76,6	24	66,7	$>0,05$
	Có	11	23,4	12	33,3	
Thận	Không	15	31,9	15	41,7	$>0,05$
	Có	32	68,1	21	58,3	

Tỉ lệ gặp các biểu hiện sốt, huyết học, thần kinh, da niêm mạc, thanh mạc, khớp và thận ở nhóm bệnh nhân lupus có kháng thể anti-Sm (+) lần lượt là 47,2%, 50,0%, 11,1%, 50,0%, 22,2%, 33,3% và 58,3%. Các tỉ lệ này không khác biệt với nhóm bệnh nhân lupus không có kháng thể anti-Sm (bảng 2).

Bảng 3. Đặc điểm miễn dịch

Biểu hiện	Anti-Sm (-)		Anti-Sm (+)		p
	n=	%	n=	%	

		47		36		
Anti-dsDNA	Âm tính	2	4,3	2	5,6	>
	Dương tính	45	95,7	34	94,4	0,05
Kháng thể kháng phospholipid	Âm tính	38	80,9	21	58,3	<
	Dương tính	9	19,1	15	41,7	0,05
Nồng độ C3, C4 bổ thể	Bình thường	3	6,4	5	13,9	>
	Giảm	44	93,6	31	86,1	0,05

Tỉ lệ gặp kháng thể anti-dsDNA (+) và giảm nồng độ bổ thể trong nhóm bệnh nhân lupus có kháng thể anti-Sm dương tính lần lượt là 94,4% và 86,1%; không có sự khác biệt so với nhóm bệnh nhân lupus không có kháng thể anti-Sm. Tỉ lệ gặp kháng thể kháng phospholipid (+) ở nhóm bệnh nhân lupus có kháng thể anti-Sm dương tính là 41,7% cao hơn so với ở nhóm bệnh nhân lupus không có kháng thể anti-Sm (19,1%); sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$ (bảng 3).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 83 bệnh nhân SLE dưới 17 tuổi được chẩn đoán mới, trong đó tỉ lệ bệnh nhân có kháng thể anti-Sm dương tính chiếm 43,4%. Tỉ lệ bệnh nhân lupus có kháng thể anti-Sm trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu Roman Jurencák (2009) tại Châu Á là 47,5%, ở riêng khu vực Nam Á là 40,0% [3]. Tỉ lệ này trong các nghiên cứu khác trên thế giới dao động khoảng từ 24,2 – 53,3% [4], [5]. Kết quả của các nghiên cứu khác nhau có thể do sự ảnh hưởng và tác động của yếu tố môi trường và chủng tộc đến bệnh, trong đó bệnh nhân lupus ở châu Á và Châu Phi có tỉ lệ kháng thể anti-Sm dương tính cao hơn so với các khu vực khác trên thế giới [3]. Mặt khác, kháng thể anti-Sm có thể được thực hiện bởi các kỹ thuật xét nghiệm khác nhau. Vì vậy, kết quả giữa các nghiên cứu có thể bị ảnh hưởng bởi độ nhạy và độ đặc hiệu của các kỹ thuật cũng như các bộ kit xét nghiệm khác nhau.

Độ tuổi khởi phát bệnh của nhóm bệnh nhân lupus có kháng thể anti-Sm dương tính ở nghiên cứu này là $13,1 \pm 2,4$, với nhóm đối tượng trên 12 tuổi chiếm 75% và không có sự khác biệt với nhóm bệnh nhân kháng thể anti-Sm âm tính. Phân bố tỷ lệ nữ/nam của nghiên cứu chúng tôi thực hiện là 11/1. Nghiên cứu của Vũ Thị Huyền năm 2020 tại bệnh viện Sản Nhi Vĩnh Phúc nhận thấy độ tuổi trung bình là $12,7 \pm 3,8$ và tỷ lệ nữ/nam là 4,7/1 [6]. Đoàn Thị Mai Thanh (2023) nghiên cứu trên 107 bệnh nhi mắc SLE tại bệnh viện Nhi Trung ương thu được tỷ lệ nữ/nam là 6,1/1[7]. Nghiên cứu của Hiraki (2008) tại Canada thu được độ tuổi khởi phát bệnh của các

bệnh nhân là $13,1 \pm 3,17$ với phân bố tỷ lệ nữ/nam là 4,7/1 [4]. Những đặc điểm của nhóm bệnh nhân có kháng thể anti-Sm dương tính trong nghiên cứu của chúng tôi có sự đồng nhất với đặc điểm dịch tễ chung của SLE trẻ em, khi bệnh thường gặp ở trẻ gái với độ tuổi từ 12 tuổi trở lên - độ tuổi bắt đầu có sự hoạt động của các hormone sinh dục nữ, được chứng minh có liên quan đến sinh bệnh học của SLE. Sự khác nhau trong phân bố giới và độ tuổi khởi phát bệnh giữa các nghiên cứu có thể do sự khác nhau về cỡ mẫu.

Về đặc điểm lâm sàng, phần lớn nhóm bệnh nhân có kháng thể anti-Sm dương tính có xuất hiện các biểu hiện về huyết học (50%), da niêm mạc (50%) và thận (58,3%), khớp (33,3%) và thấp nhất là biểu hiện về thần kinh (11,1%). Kết quả này có sự khác biệt với một số nghiên cứu trên nhóm đối tượng trẻ em mắc SLE chung ở trong nước và quốc tế. Theo Đoàn Thị Thanh Mai (2023), thực hiện trên 107 bệnh nhi được chẩn đoán có bệnh thận lupus tại bệnh viện Nhi Trung ương, 71% bệnh nhân có biểu hiện trên da niêm mạc và 50,5% có viêm khớp [7]. Tỷ lệ trẻ mắc SLE có biểu hiện trên da niêm mạc, huyết học, khớp và thận theo nghiên cứu của Vũ Thị Huyền (2020) trên 57 bệnh nhân lupus tại bệnh viện Sản Nhi Vĩnh Phúc lần lượt là 89,5%, 80,7%, 64,9% và 61,4% [6]. Nghiên cứu của Hiraki (2007) trên 256 bệnh nhân lupus tại Canada nhận thấy các biểu hiện lâm sàng phổ biến nhất là viêm khớp (61%), ban cánh bướm (61%) và tổn thương thận (37%) [4]. Sự khác biệt nhiều nhất giữa nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu khác tại Việt Nam và thế giới trên nhóm trẻ em mắc SLE nói chung là về biểu hiện khớp. Điều này có thể được lý giải bởi tiêu chuẩn chẩn đoán SLE được lựa chọn trong các nghiên cứu có sự khác nhau. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn EULAR/ACR 2019, trong đó tổn thương khớp được định nghĩa là "viêm màng hoạt dịch từ 2 khớp trở lên, đặc trưng bởi sưng hoặc tràn dịch khớp", hoặc "đau từ 2 khớp trở lên và cứng khớp buổi sáng ít nhất 30 phút". Theo tiêu chuẩn ACR 1997, tổn thương khớp được định nghĩa là khi có viêm từ 2 khớp trở lên. Một lý do khác giải thích cho sự khác biệt có thể đến từ việc cỡ mẫu trong nghiên cứu này của chúng tôi chưa đủ lớn.

Một số nghiên cứu trên thế giới nhận thấy các tổn thương thận và thần kinh xuất hiện có xu hướng xuất hiện nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân có kháng thể anti-Sm dương tính theo Roman Jurencák ($p < 0,05$) [3]; trong khi nghiên cứu

của Syasam Siva thấy rằng, nhóm có kháng thể anti-Sm dương tính có ưu thế xuất hiện như viêm khớp, hiện tượng Raynaud và ít có các biểu hiện của tổn thương thận và thần kinh ($p < 0,05$) [5]. Nghiên cứu của chúng tôi không nhận thấy sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng của 2 nhóm có anti-Sm dương tính và âm tính. Theo chúng tôi, sự khác biệt giữa các nghiên cứu này có thể đến từ những lý do sau. Thứ nhất, cỡ mẫu trong nghiên cứu này của chúng tôi có thể chưa đủ lớn để có thể đánh giá được sự khác biệt giữa hai nhóm bệnh nhân. Thứ hai, yếu tố liên quan đến chủng tộc có thể là nguyên nhân dẫn đến việc kết quả nghiên cứu khác nhau. Thứ ba, sự khác biệt của nghiên cứu này có thể đến từ sự khác nhau về thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi thiết kế chia đối tượng nghiên cứu thành hai nhóm dựa trên kết quả của xét nghiệm kháng thể anti-Sm và so sánh đặc điểm lâm sàng của 2 nhóm. Trong khi đó, nghiên cứu của Roman Jurencak và Syasam Siva, đối tượng nghiên cứu được thiết kế phân nhóm thành các cụm đối tượng nghiên cứu khác nhau. Mỗi cụm sẽ có một đặc điểm nổi bật về tập hợp các tự kháng thể đặc trưng xuất hiện trong cụm với tỷ lệ cao. Các tự kháng thể được đánh giá trong 2 nghiên cứu chủ yếu bao gồm ANA, anti-dsDNA, anti-Sm, anti-SSA, anti-SSB, anti-RNP, anti-cardiolipin. Do đó, đối với một cụm, ngoài đặc điểm nổi bật là tỷ lệ dương tính với anti-Sm cao, đặc điểm của các dấu hiệu lâm sàng của cụm còn được đánh giá liên quan sự ảnh hưởng của các tự kháng thể khác. Sự tương tác giữa các kháng thể cũng có thể ảnh hưởng đến việc biểu hiện của bệnh.

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ anti-dsDNA và giảm nồng độ bổ thể trên nhóm bệnh nhân có anti-Sm dương tính lần lượt là 94,4%, 86,1% và không có khác biệt với nhóm kháng thể anti-Sm âm tính. Nhưng kháng thể antiphospholipid ở nhóm anti-Sm dương tính là 41,7%, cao hơn nhóm anti-Sm âm tính và khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ($p < 0,05$). Trên thế giới, các nghiên cứu SLE ở người trưởng thành nhận thấy có sự tương quan giữa anti-Sm dương tính với giảm nồng độ bổ thể và anti-ds DNA dương tính và cho rằng 2 tự kháng thể này có tác động hiệp đồng đến biểu hiện lâm sàng của bệnh, theo nghiên cứu thuần tập đa sắc tộc PROFILE [8]. Tại Việt Nam, kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Liên trên người trưởng thành mắc SLE cũng thu được kết quả tương tự khi có tương quan giữa anti-Sm với sự giảm nồng độ bổ thể và anti-RNP dương tính [9]. Nghiên cứu của

chúng tôi chưa thấy sự tương quan giữa anti-Sm và các đặc điểm về giảm nồng độ bổ thể và anti-dsDNA có thể vì đối tượng nghiên cứu của chúng tôi thực hiện là trẻ em mắc SLE và cỡ mẫu của chúng tôi thu thập chưa đủ lớn để đánh giá được sự khác biệt. Mặt khác, chưa có nghiên cứu trên nhóm SLE trẻ em có kháng thể anti-Sm dương tính cũng như đánh giá về mối liên quan giữa tự kháng thể anti-Sm và anti phospholipid. Do vậy, cần có thêm các nghiên cứu khác để có thể khẳng định về sự tương quan giữa hai kháng thể trên nhóm đối tượng bệnh nhân SLE nói chung và SLE trẻ em nói riêng.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống trẻ em có kháng thể anti-Sm dương tính chủ yếu có các biểu hiện lâm sàng bao gồm da niêm mạc, huyết học, tổn thương thận, giảm nồng độ bổ thể, có kháng thể anti-dsDNA dương tính và không có sự khác biệt với nhóm anti-Sm âm tính. Tỷ lệ gặp kháng thể kháng phospholipid (+) ở nhóm bệnh nhân lupus có kháng thể anti-Sm dương tính cao hơn so với ở nhóm bệnh nhân lupus không có kháng thể anti-Sm trong nghiên cứu của chúng tôi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Charras, A., Smith, E., and Hedrich, C. M.** (2021), "Systemic Lupus Erythematosus in Children and Young People", *Curr Rheumatol Rep.* 23(3), p. 20.
2. **Yaniv, G., et al.** (2015), "A volcanic explosion of autoantibodies in systemic lupus erythematosus: a diversity of 180 different antibodies found in SLE patients", *Autoimmun Rev.* 14(1), pp. 75-9.
3. **Jurencak, R., et al.** (2009), "Autoantibodies in pediatric systemic lupus erythematosus: ethnic grouping, cluster analysis, and clinical correlations", *J Rheumatol.* 36(2), pp. 416-21.
4. **Hiraki, L. T., et al.** (2008), "Clinical and laboratory characteristics and long-term outcome of pediatric systemic lupus erythematosus: a longitudinal study", *J Pediatr.* 152(4), pp. 550-6.
5. **Vyasam, Siva, et al.** (2023), "Autoantibodies in Pediatric Systemic Lupus Erythematosus: Cluster Analysis and its Clinical Implications in Indian Children", *Indian Journal of Rheumatology.* 18(1), pp. 35-39.
6. **Vũ Thị Huyền, Nguyễn Văn Nhiên** (2020), "Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng Lupus ban đỏ hệ thống của bệnh nhi tới khám tại Bệnh viện Sản Nhi Vinh Phúc", *Journal of Pediatric Research and Practice.* 4, pp. 55 - 63.
7. **Đoàn Thị Mai Thanh, Phí Thị Như Trang, Ngô Anh Vinh** (2024), "Một số đặc điểm dịch tễ học lâm sàng bệnh lupus ban đỏ hệ thống ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Trung ương", *Tạp chí Y học Việt Nam.* 533.
8. **Arroyo-Avila, M., et al.** (2015), "Clinical associations of anti-Smith antibodies in PROFILE: a multi-ethnic lupus cohort", *Clin Rheumatol.* 34(7), pp. 1217-23.

KHẢO SÁT KIẾN THỨC VỀ CHĂM SÓC TRẺ MẮC TAY CHÂN MIỆNG CỦA CÁC BÀ MẸ CÓ CON ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA TRUYỀN NHIỄM, BỆNH VIỆN NHI THÁI BÌNH NĂM 2022

Hoàng Thị Thu Hà¹, Lê Thị Vân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát kiến thức về chăm sóc trẻ mắc bệnh tay chân miệng của các bà mẹ có con điều trị tại khoa truyền nhiễm bệnh viện Nhi Thái Bình; **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 155 bà mẹ có con mắc bệnh tay chân miệng điều trị tại khoa truyền nhiễm bệnh viện Nhi Thái Bình; **Kết quả:** Có 24,8% bà mẹ biết nguyên nhân gây bệnh là do virus; Có 86,2% bà mẹ biết bệnh tay chân miệng là bệnh lây nhiễm; Dấu hiệu lâm sàng của bệnh vẫn còn có 29,7% bà mẹ chưa biết; Có 27,1% bà mẹ cho rằng tay chân miệng không có biến chứng; **Kết luận:** Bà mẹ có kiến thức chưa đúng về dấu hiệu lâm sàng chiếm 29,7%; nguyên nhân gây bệnh là 71,6%; Bệnh lây truyền chiếm 17,4%; Biến chứng của bệnh chiếm 27,1%

Từ khóa: Kiến thức, tay chân miệng

SUMMARY

ASSESSMENT OF MOMS WHO HAD CHILDREN TREATED AT THE DEPARTMENT OF INFECTIONS, THAI BINH CHILDREN'S HOSPITAL IN 2022 REGARDING THE CARE OF CHILDREN WITH HAND, FOOT, AND MOUTH INFECTIONS

Objectives: Assess moms whose children received treatment at Thai Binh Children's Hospital's infectious disease department regarding their knowledge of caring for children with hand, foot, and mouth disease. **Methods:** a descriptive study of 155 mothers whose children were treated at Thai Binh Children's Hospital's infectious disease department for hand, foot, and mouth disease. **Results:** 24.8% of mothers were aware that a virus was the illness's primary cause; 86.2% of mothers were aware that the disease known as hand, foot, and mouth was contagious; 29.7% of mothers were still unaware of the disease's clinical symptoms, and 27.1% claimed that complications with their hands, feet, and mouth did not arise. **Conclusions:** 29.7% of mothers had inaccurate knowledge about clinical signs; 71.6% of the illness's causes were unknown; 17.4% of people were unaware that hand, foot, and mouth was transmission disease; 27.1% of mothers claimed that there were no complications involving the hands, feet, and mouth. **Keywords:** mouth, hands, feet disease, and knowledge.

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Thu Hà

Email: hoangha86.dd@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tay chân miệng (TCM) là bệnh truyền nhiễm chủ yếu do virus đường ruột gây ra. Bệnh lây từ người sang người dễ gây thành dịch. Biểu hiện lâm sàng chính là tổn thương da, niêm mạc miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, mông và gối [1],[2].

Tác nhân thường gặp nhất là Coxsackie virus A16 (CA16) và đôi khi do enterovirus 71 (EV71) và một số virus ruột khác [3]. Bệnh TCM có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng thường gặp ở trẻ em dưới 5 tuổi. Bệnh có thể gây ra một số biến chứng nguy hiểm như viêm não – màng não, viêm cơ tim, phù phổi cấp dẫn đến tử vong nếu không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời [1] [2].

Hiện nay, bệnh tay chân miệng chưa có thuốc điều trị đặc hiệu và chưa có vắc xin dự phòng. Kiến thức của bà mẹ về bệnh tay chân miệng được xác định là có vai trò đặc biệt quan trọng trong phòng chống bệnh tay chân miệng cho trẻ em [4].

Thời gian qua, đã có nhiều chương trình giáo dục sức khỏe nhằm cung cấp cho bà mẹ kiến thức về chăm sóc và phòng bệnh tay chân miệng nhưng vẫn còn không ít bà mẹ chưa có kiến thức đúng về bệnh tay chân miệng nên dẫn đến nhiều hậu quả nghiêm trọng ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe của trẻ.

Để giảm tỷ lệ nhiễm bệnh và sự lây lan trong cộng đồng, chúng ta cần chủ động trong công tác phòng chống dịch bệnh, nâng cao nhận thức của các bà mẹ trực tiếp chăm sóc trẻ, do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu chuyên đề: "Thực trạng kiến thức về chăm sóc trẻ mắc tay chân miệng của các bà mẹ có con điều trị tại khoa truyền nhiễm Bệnh viện Nhi Thái Bình năm 2022" nhằm mục tiêu: "Mô tả thực trạng kiến thức về chăm sóc trẻ mắc tay chân miệng của các bà mẹ có con điều trị tại khoa Truyền nhiễm Bệnh viện Nhi Thái Bình năm 2022".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

- **Đối tượng nghiên cứu:** Bà mẹ chăm sóc trẻ mắc tay chân miệng điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Thái Bình