

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA BỆNH VIÊM THẬN LUPUS Ở TRẺ EM

Hồ Thị Hà My¹, Lê Thy Phương Anh², Trần Thị Hạnh Chân¹, Đào Thị Tâm Châu¹, Trương Thị Phương Nhi¹, Kiều Thị Thanh Hải¹, Nguyễn Thị Diễm Chi¹, Nguyễn Thị Thúy Sương¹, Nguyễn Hữu Sơn¹

¹Trung tâm Nhi, Bệnh viện Trung ương Huế, Huế, Việt Nam

²Bộ môn Nhi, Trường Đại học Y Dược Huế, Huế, Việt Nam

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm thận là một biểu hiện thường gặp của Lupus ban đỏ hệ thống. Hiểu được đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị của viêm thận Lupus sẽ giúp bác sĩ tiên lượng bệnh và có lựa chọn liệu pháp điều trị thích hợp. Đề tài này được thực hiện với mục tiêu tìm hiểu các đặc điểm và mối liên quan giữa lâm sàng, cận lâm sàng với kết quả điều trị của viêm thận Lupus ở trẻ em.

Đối tượng, phương pháp: nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo dõi dọc các trẻ mắc viêm thận Lupus trong 6 tháng điều trị đầu tiên.

Kết quả: 31 trẻ mắc viêm thận Lupus có tỉ lệ phù, tăng huyết áp, đái máu đại thể và giảm thể tích nước tiểu lần lượt là 41,9%, 19,4%, 35,5% và 6,5%. Tỉ lệ protein niệu ngưỡng thận hư, albumin máu $\leq 30\text{g/l}$, mức lọc cầu thận $\leq 90\text{ ml/p/1,73m}^2$ lần lượt là 57,1%, 61,9%, và 34,6%. Tổn thương mô bệnh học lớp IV và lớp III chiếm đa số với 50% và 35%. Tổn thương huyết học, ban da, rụng tóc, loét miệng, đau khớp, tâm thần kinh, tim, tiêu hóa chiếm tỉ lệ theo thứ tự là 96,8%, 71,0%, 32,3%, 22,6%, 25,8%, 6,7%, 9,7% và 6,7%. Phần lớn bệnh nhân được điều trị với phác đồ Glucocorticoid+ Mycophenolate và 74,2% bệnh nhân lui bệnh hoàn toàn.

Kết luận: Các biểu hiện lâm sàng xuất hiện với tần suất thấp hơn các đặc điểm cận lâm sàng. Các tổn thương cơ quan khác ngoài thận hay gặp là huyết học và ban da. Tỉ lệ lui bệnh hoàn toàn sau 6 tháng là khả quan.

Từ khóa: Viêm thận, điều trị, Lupus, trẻ em.

ABSTRACT

RESEARCH ON CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF LUPUS NEPHRITIS IN CHILDREN

Hồ Thị Hà My¹, Lê Thy Phương Anh², Trần Thị Hạnh Chân¹, Đào Thị Tâm Châu¹, Trương Thị Phương Nhi¹, Kiều Thị Thanh Hải¹, Nguyễn Thị Diễm Chi¹, Nguyễn Thị Thúy Sương¹, Nguyễn Hữu Sơn¹

Background: Nephritis is a common manifestation of systemic Lupus erythematosus. Understanding Lupus nephritis's clinical, paraclinical, and treatment outcomes will help doctors predict the disease and choose appropriate treatment. This study aims to investigate the clinical, paraclinical, and treatment outcomes of Lupus nephritis in children.

Methods: Cross-sectional descriptive study with longitudinal follow-up of children with Lupus nephritis in the first 6 months of treatment.

Results: 31 children with Lupus nephritis had proportions of edema, hypertension, gross hematuria, and decreased urine volume of 41.9%, 19.4%, 35.5%, and 6.5%, respectively. Proportions of nephrotic-range proteinuria, serum albumin $\leq 30\text{g/l}$, and glomerular filtration rate $\leq 90\text{ ml/min/1.73m}^2$ were 57.1%, 61.9%, and 34.6%, respectively. Grade IV and grade III histopathological lesions accounted for the majority, with 50% and 35%. Hematological lesions, skin rash,

Ngày nhận bài: 25/10/2024. Ngày chỉnh sửa: 09/12/2024. Chấp thuận đăng: 15/12/2024

Tác giả liên hệ: Lê Thy Phương Anh. Email: ltpanh@huemed-univ.edu.vn. ĐT: 0902343156

hair loss, mouth ulcers, arthralgia, neuropsychiatric, cardiac, and digestive lesions accounted for 96.8%, 71.0%, 32.3%, 22.6%, 25.8%, 6.7%, 9.7%, and 6.7%, respectively. Most patients were treated with a Glucocorticoid + Mycophenolate regimen, and 74.2% had complete remission.

Conclusion: Clinical manifestations appeared with lower frequency than paraclinical features. Other common non-renal organ lesions were hematological and skin rash. The complete remission rate was satisfactory.

Keywords: Nephritis, treatment, Lupus, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Lupus ban đỏ hệ thống là một bệnh viêm hệ thống, mãn tính, đặc trưng bởi biểu hiện lâm sàng đa dạng và sự hiện diện trong huyết thanh của nhiều loại tự kháng thể phản ứng với các thành phần tế bào khác nhau. Bệnh có liên quan đến nhiều cơ quan như da, khớp, phổi, tim, thận, hệ thần kinh, mắt, cơ quan sinh dục... [1]. So với người lớn, Lupus ban đỏ hệ thống trẻ em thường nghiêm trọng hơn, đặc biệt liên quan đến thận và thần kinh, đây là hai dạng tổn thương có tỷ lệ tử vong cao nếu không được chẩn đoán đúng và điều trị kịp thời. Trong đó, tổn thương thận gặp ở 60 - 80% bệnh nhi Lupus và tỉ lệ mắc trong hai năm đầu chẩn đoán lên tới 90% [2].

Mặc dù có nhiều tiến bộ trong việc điều trị, có khoảng 10 - 20% bệnh nhân viêm thận Lupus bị bệnh thận mạn giai đoạn cuối [2]. Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến đáp ứng điều trị sẽ giúp các bác sĩ nhi thận tiên lượng bệnh và có các lựa chọn liệu pháp điều trị thích hợp. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của bệnh viêm thận Lupus ở trẻ em; và tìm hiểu mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng với kết quả điều trị của viêm thận Lupus ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhi dưới 16 tuổi được chẩn đoán và điều trị viêm thận Lupus tại khoa Nhi Tiêu Hóa - Tiết Niệu - Bệnh Nhiệt Đới - Trung tâm Nhi Khoa - Bệnh viện Trung ương Huế ít nhất 6 tháng.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: (1) Được chẩn đoán viêm thận Lupus trước bằng Trẻ dưới 16 tuổi. (2) Được chẩn đoán Lupus theo tiêu chuẩn SLICC 2012 [3]. (3) Có biểu hiện viêm thận:

- Protein niệu tăng có ý nghĩa: tỉ số protein/creatinine niệu ≥ 20 mg/mmol hoặc protein 24giờ > 5 mg/kg/ngày, hoặc có 3 lần protein $> 0,3$ g/l trong 3 ngày liên tục và/hoặc

- Tế bào cặn nước tiểu hoạt tính: hồng cầu (HC) niệu > 5 HC/vi trường cô đặc hoặc $\geq (+)$ trên tổng phân tích nước tiểu; và/hoặc trụ hồng cầu, bạch cầu [4]

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có thời gian theo dõi dưới 6 tháng hoặc không có thông tin ban đầu lúc vào viện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang, có theo dõi dọc với chọn mẫu thuận tiện.

Các biến số nghiên cứu: Tỉ số protein/creatinine niệu (mg/mmol) được tính bằng tỉ số của protein niệu với creatinine niệu của cùng một mẫu nước tiểu. Mức lọc cầu thận được tính toán theo công thức Schwartz [5]. Mô bệnh học thận được phân loại theo ISN/RPS 2018 [6]. Ban da bao gồm ban đỏ hình cánh bướm ở mặt, ban dạng đĩa, nhạy cảm với ánh sáng. Rụng tóc không tạo sẹo. Loét miệng gồm loét niêm mạc miệng, niêm mạc mũi. Đau khớp bao gồm đau hoặc viêm các khớp. Tổn thương tâm thần kinh có các biểu hiện như rối loạn tâm thần, co giật, có hình ảnh tổn thương não trên kết quả CT/ MRI sọ não. Tổn thương tim có các biểu hiện viêm cơ tim, tràn dịch màng ngoài tim. Tổn thương tiêu hóa gồm rối loạn chức năng gan, viêm ruột, xuất huyết tiêu hóa. Tổn thương huyết học có các biểu hiện thiếu máu huyết tán có tăng hồng cầu lưới, hoặc giảm bạch cầu $< 4.000/\text{mm}^3$, hoặc giảm bạch cầu lympho $< 1.500/\text{mm}^3$, hoặc giảm tiểu cầu $< 100.000/\text{mm}^3$ không do thuốc [3].

Đánh giá kết quả điều trị:

Lui bệnh hoàn toàn: protein niệu $< 0,5$ g/1,73 m²/ngày hoặc < 300 mg/m²/ngày dựa trên mẫu nước tiểu 24 giờ và chức năng thận ổn định.

Lui bệnh một phần: giảm ít nhất 50% protein niệu trước đó, và chức năng thận ổn định hoặc có cải thiện.

Không lui bệnh: không đạt được lui bệnh một phần hoặc lui bệnh hoàn toàn.[7]

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị...

Phương pháp xử lý số liệu: sử dụng phần mềm SPSS.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 31 trẻ mắc viêm thận Lupus, với tỉ lệ các nhóm tuổi 1 - 6 tuổi, 7 - 10 tuổi, 11 - 16 tuổi lần lượt là 6,5%, 29,0% và 64,5%, độ tuổi trung bình là $11,6 \pm 3,1$ tuổi, nhỏ nhất là 4 tuổi, lớn nhất là 16 tuổi. Tỉ lệ trẻ nam/nữ là 3/28 với nữ chiếm ưu thế 90,3%.

3.2. Đặc điểm tổn thương thận và các cơ quan khác

Bảng 1 mô tả đặc điểm tổn thương thận của nhóm nghiên cứu, trong đó tỉ lệ phù, tăng huyết áp, đái máu đại thể và giảm thể tích nước tiểu lần lượt là 41,9%, 19,4%, 35,5% và 6,5%. Tỉ số protein/creatinin niệu trung bình là $409,5 \pm 422,5$ mg/mmol, với tỉ lệ protein niệu ngưỡng thận hư là 57,1%. Nồng độ albumin máu trung bình là $26,6 \pm 6,9$ mg/mmol, với tỉ lệ albumin máu ≤ 30 g/l là 61,9%. Mức lọc cầu thận trung bình là $109,1 \pm 67,0$ mg/mmol, với tỉ lệ mức lọc cầu thận ≤ 90 ml/p/1,73m² là 34,6%.

Bảng 1: Đặc điểm tổn thương thận của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Đơn vị	Kết quả
Phù	%	41,9%
Tăng huyết áp	%	19,4%
Đái máu đại thể	%	35,5%
Giảm thể tích nước tiểu	%	6,5%
Tỉ số protein/creatinin niệu (mg/mmol)	Trung bình $\pm$ SD	$409,5 \pm 422,5$
Tỉ số protein/creatinin niệu ≥ 200 mg/mmol	%	57,1%
Albumin máu (g/l)	Trung bình $\pm$ SD	$26,6 \pm 6,9$
Albumin máu ≤ 30 g/l	%	61,9%
Mức lọc cầu thận (ml/p/1,73m ²)	Trung bình $\pm$ SD	$109,1 \pm 67,0$
Mức lọc cầu thận ≤ 90 ml/p/1,73m ²	%	34,6%

Tổn thương mô bệnh học phần lớn ở lớp IV và lớp III với tỉ lệ lần lượt là 50% và 35%. Lớp V có thể biểu hiện cùng thời điểm với lớp III và lớp IV. Lớp V đơn thuần và lớp II ít gặp hơn với 5% cho mỗi lớp (Bảng 2).

Bảng 2: Đặc điểm mô bệnh học thận

Đặc điểm mô bệnh học	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Lớp II	1	5,0
Lớp III	6	30,0
Lớp III và V	1	5,0
Lớp IV	8	40,0
Lớp IV và V	3	15,0
Lớp V	1	5,0
Tổng	20	100,0%

Trong bảng 3, tổn thương huyết học là thường gặp nhất với tỉ lệ 96,8%. Ban da, rụng tóc, loét miệng chiếm tỉ lệ lần lượt là 71,0%, 32,3% và 22,6%. Các

tổn thương khác như đau khớp, tâm thần kinh, tim, tiêu hóa ít gặp hơn, chiếm tỉ lệ theo thứ tự là 25,8%, 6,7%, 9,7% và 6,7%.

Bảng 3: Đặc điểm tổn thương các cơ quan khác

Đặc điểm lâm sàng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Ban da	22	71,0
Rụng tóc	10	32,3
Loét miệng	7	22,6
Đau khớp	8	25,8
Tâm thần kinh	2	6,7
Tim	3	9,7
Tiêu hóa	2	6,7
Huyết học	30	96,8

3.3. Kết quả điều trị

Phần lớn bệnh nhân được điều trị với phác đồ Glucocorticoid+ Mycophenolate (79,0%) ở bảng 4. Phác đồ thuốc Glucocorticoid+ Cyclophosphamide được chỉ định ít hơn với 21,0%. Bảng 5 cho thấy 74,2% bệnh nhân lui bệnh hoàn toàn sau 6 tháng điều trị. 25,8% lui bệnh một phần.

Bảng 4: Phác đồ thuốc điều trị

Điều trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Glucocorticoid+ Mycophenolate	22	79,0
Glucocorticoid+ Cyclophosphamide	9	21,0
Tổng cộng	31	100,0

Bảng 5: Kết quả điều trị sau 6 tháng

Điều trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Lui bệnh hoàn toàn	23	74,2
Lui bệnh một phần	8	25,8
Tổng cộng	31	100,0

3.4. Mối tương quan giữa kết quả điều trị với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Kết quả ở bảng 6 chỉ ra các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng như phù, tăng huyết áp, đái máu, giảm thể tích nước tiểu, đạm ngưỡng thận hư, albumin máu, mức lọc cầu thận, tổn thương mô bệnh học, ban da, rụng tóc, loét miệng, đau khớp, tổn thương đa cơ quan, phác đồ điều trị không có mối liên quan với đáp ứng điều trị sau 6 tháng ($p > 0,05$). Tỷ số protein/creatinin niệu lúc khởi bệnh có liên quan đến đáp ứng điều trị ($p < 0,05$).

Bảng 6: Mối tương quan giữa kết quả điều trị với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Các đặc điểm	rs	p
Phù	0,1	$> 0,05$
Tăng huyết áp	0,1	$> 0,05$
Đái máu đại thể	0,02	$> 0,05$
Giảm thể tích nước tiểu	-0,2	$> 0,05$
Tỉ số protein/creatinin niệu	0,2	$< 0,05$

Các đặc điểm	rs	p
Albumin máu	-0,4	$> 0,05$
Mức lọc cầu thận	-0,1	$> 0,05$
Mô bệnh học	-0,1	$> 0,05$
Rụng tóc	-0,1	$> 0,05$
Ban da	-0,1	$> 0,05$
Loét miệng	-0,2	$> 0,05$
Đau khớp	-0,01	$> 0,05$
Tâm thần kinh	0,1	$> 0,05$
Tim	0,3	$> 0,05$
Tiêu hóa	0,1	$> 0,05$
Huyết học	-0,3	$> 0,05$
Tổn thương thận kèm theo trên 2 cơ quan khác	- 0,2	$> 0,05$
Phác đồ điều trị	0,4	$> 0,05$

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi thường gặp nhất là 11 - 16 tuổi, trung bình là $11,6 \pm 3,1$ tuổi, và nữ giới chiếm 90,3%. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu trong nước như nghiên cứu của Thái Thiên Nam là trung bình 11,2 tuổi và tỉ lệ nữ/nam là 110/16 [8], nghiên cứu của Phan Văn Đếm ghi nhận tuổi viêm thận Lupus trung bình là $10,2 \pm 1,5$ tuổi với trẻ gái chiếm tỷ lệ 88,4% [9]. Nghiên cứu ngoài nước của Eugene Yu-hin Chan cũng có kết quả tương tự là tuổi trung bình $13,7 \pm 3,3$ tuổi với 84,8% nữ giới [10].

Các biểu hiện lâm sàng của viêm thận như phù, tăng huyết áp, đái máu đại thể và giảm thể tích nước tiểu gặp với các tỉ lệ lần lượt là 41,9%, 19,4%, 35,5% và 6,5%. Tần suất của các biểu hiện này thấp hơn các biểu hiện cận lâm sàng: Tỉ lệ protein niệu ngưỡng thận hư là 57,1%, tỉ lệ albumin máu $\leq 30\text{g/l}$ là 61,9% và tỉ lệ mức lọc cầu thận $\leq 90\text{ ml/p/1,73m}^2$ là 34,6%. Nghiên cứu của Phan Văn Đếm ghi nhận phù mắt và chân tay là triệu chứng hay gặp nhất (87,5%), tăng huyết áp gặp 31,2%; protein niệu ngưỡng thận hư gặp 93,7%, suy thận cấp gặp 37,5% [9]. Nghiên cứu của Hari chỉ ra tăng huyết áp, tiểu máu và protein niệu mức thận hư lần lượt gặp ở 30

bệnh nhân (55,6%), 31 (57,4%) và 28 (51,8%) [11]. Một nghiên cứu khác cũng tại Ấn Độ ghi nhận biểu hiện ở thận hay gặp nhất là phù nề (83,3%), với 67% có protein niệu ở ngưỡng thận hư và 75% trẻ có mức lọc cầu thận < 90 mL/phút/1,73 m² [12].

Về tổn thương mô bệnh học, trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn tổn thương là lớp IV và lớp III với tỉ lệ lần lượt là 50% và 35%. Theo nghiên cứu của Thái Thiên Nam năm 2018 trên 126 trẻ, tổn thương mô bệnh học thận thường gặp nhất là lớp IV chiếm tỷ lệ 44,4%, tiếp theo lớp III (31%), lớp II là 15,1% [8]. Nghiên cứu của Hari ghi nhận 48,1% bệnh nhân bị viêm thận lớp IV, 13,0% bệnh nhân bị viêm thận lớp V, trong khi viêm thận lớp I, II và III gặp ở 5,6%, 18,5% và 11,1% bệnh nhân [11]. Nghiên cứu của Eugene Yu-hin Chan cũng thấy rằng 83 trẻ (90%) bị viêm thận Lupus tăng sinh (lớp III/IV ± V) [10]. Như vậy, tổn thương mô bệnh học thận thường thấy ở trẻ em là lớp IV và lớp III.

Trong mối liên quan giữa mô bệnh học và biểu hiện lâm sàng, lớp IV thường có hội chứng thận hư (kết hợp), suy thận, đặc biệt suy thận vừa và nặng, protein niệu khoảng thận hư, bổ thể C4 thấp, chỉ số hoạt động cao và thường có liềm tế bào, fullhouse. Lớp V biểu hiện lâm sàng đa dạng, không suy thận, protein niệu khoảng thận hư, giảm albumin máu < 25g/L nhưng bổ thể C4 bình thường, không tăng anti-DsDNA. Lũy tích khả năng hồi phục hoàn toàn theo thời gian đánh giá đạt 75% sau 24 tháng và lên đến > 95% sau 36 tháng. Lớp tăng sinh, đặc biệt lớp IV có thời gian hồi phục hoàn toàn chậm hơn so với các lớp khác.[8]

Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng tổn thương huyết học là thường gặp nhất trong viêm thận Lupus, với tỉ lệ 96,8%. Ban da, rụng tóc, loét miệng chiếm tỉ lệ lần lượt là 71,0%, 32,3% và 22,6%. Các tổn thương khác như đau khớp, tâm thần kinh, tim, tiêu hóa ít gặp hơn, chiếm tỉ lệ theo thứ tự là 25,8%, 6,7%, 9,7% và 6,7%. Nghiên cứu của Phan Văn Đếm thấy rằng ban da kèm sốt gặp 53,1%, ban cánh bướm gặp 43,7%, tổn thương thần kinh trung ương gặp 12,5% [9]. Trong nghiên cứu của Đoàn Thị Mai Thanh, các dấu hiệu lâm sàng thường gặp tổn thương da và niêm mạc (71%) và viêm khớp (50,5%), tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu khi vào viện là 77,6% và có 74,8% bệnh nhi có thay đổi số lượng bạch cầu [13]. Như vậy, các tổn thương khác gặp

với tần suất cao $\geq 50\%$ trong viêm thận Lupus sẽ là ban da, tổn thương huyết học. Kết quả này sẽ gợi ý cho các bác sĩ lâm sàng các dấu hiệu đơn giản ban đầu giúp sàng lọc và định hướng bệnh lý Lupus hệ thống ở các bệnh nhân viêm thận.

Về phác đồ điều trị, phần lớn bệnh nhân của chúng tôi được điều trị với phác đồ Glucocorticoid+ Mycophenolate (79,0%). Phác đồ thuốc Glucocorticoid+ Cyclophosphamide được chỉ định ít hơn với 21,0%. Với lựa chọn điều trị đó, 74,2% bệnh nhân lui bệnh hoàn toàn sau 6 tháng điều trị và 25,8% lui bệnh một phần. Nghiên cứu của Phan Văn Đếm ở 32 trẻ cho thấy kết quả điều trị sau 06 tháng có 62,6% thuyên giảm hoàn toàn, tỷ lệ tử vong 9,3% do bỏ điều trị [9]. Nghiên cứu của Thái Thiên Nam có 56,6% hồi phục hoàn toàn, 38,5% hồi phục một phần và 4,9% không hồi phục. Tuy nhiên, nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng, tỉ lệ hồi phục hoàn toàn tăng theo thời gian, tại thời điểm 5 năm, tỷ lệ hồi phục hoàn toàn đạt 83% [8]. Trong nghiên cứu của Eugene Yu-hin Chan ở 93 trẻ, Mycophenolate được sử dụng để điều trị ban đầu ở 36%, trong khi 34% được dùng cyclophosphamide. Tỷ lệ thuyên giảm hoàn toàn và thuyên giảm một phần sau 6 tháng lần lượt là 65% và 20% [10]. Nhìn chung, các phác đồ điều trị viêm thận Lupus có xu hướng sử dụng các thuốc ít độc tính hơn như Mycophenolate. Và sự tương đồng về kết quả điều trị nghiên cứu trong và ngoài nước góp phần nhấn mạnh vai trò của các phác đồ ít độc tính nhưng vẫn hiệu quả như phác đồ dùng Mycophenolate.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng như phù, tăng huyết áp, đái máu, giảm thể tích nước tiểu, đạm ngưỡng thận hư, albumin máu, mức lọc cầu thận, tổn thương mô bệnh học, ban da, rụng tóc, loét miệng, đau khớp, tổn thương tim, tiêu hóa, thần kinh, huyết học, tổn thương đa cơ quan, phác đồ điều trị với đáp ứng điều trị sau 6 tháng ($p > 0,05$). Chỉ có tỷ số protein/creatinin niệu lúc khởi bệnh có liên quan đến đáp ứng điều trị ($rs = 0,2$; $p < 0,05$). Tuy nhiên, tỷ số protein/creatinin niệu này có mối tương quan yếu và là chỉ số được áp dụng để phân loại viêm thận Lupus nên có thể sẽ có các chồng lấp khi phân tích mối tương quan. Nghiên cứu của Joo nhận xét rằng, tổn thương mô bệnh học lớp III là yếu tố tiên lượng tốt của viêm

thận Lupus sau 6 tháng điều trị, trong khi tuổi trẻ khi khởi bệnh, tái phát và sự hiện diện kháng thể kháng Ro là các yếu tố tiên lượng xấu cho đáp ứng điều trị [14]. Tuổi lớn và chỉ biểu hiện đái máu vi thể lúc khởi bệnh là yếu tố tiên lượng tốt cho đáp ứng điều trị sau 6 tháng [15]. Như vậy, các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng thường quy như phù, tăng huyết áp, đái máu, giảm thể tích nước tiểu, đạm ngưỡng thận hư, albumin máu, mức lọc cầu thận, tổn thương mô bệnh học, ban da, rụng tóc, loét miệng, đau khớp, tổn thương tim, tiêu hóa, thần kinh, huyết học, tổn thương đa cơ quan, phác đồ điều trị chưa thể gợi ý ban đầu cho các bác sĩ lâm sàng về tiên lượng đáp ứng điều trị.

V. KẾT LUẬN

Viêm thận Lupus ở trẻ em thường gặp ở độ tuổi 11 - 16 tuổi với nữ giới chiếm đa số. Các biểu hiện lâm sàng phù, đái máu, tăng huyết áp, giảm thể tích nước tiểu biểu hiện với tần suất thấp hơn các đặc điểm cận lâm sàng. Tổn thương mô bệnh học hay gặp nhất là lớp IV và lớp III. Các tổn thương cơ quan khác ngoài thận hay gặp với tần suất cao là tổn thương huyết học và ban da. Phần lớn bệnh nhân sử dụng phác đồ Glucocorticoid + Mycophenolate với tỉ lệ lui bệnh hoàn toàn khả quan.

Vấn đề y đức

Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng Y đức Bệnh viện Trung ương Huế 2024.

Xung đột lợi ích

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Perfumo F and Martini A. Lupus nephritis in children. *Lupus*. 2005; 14(1): 83-8.
2. Sinha R and Raut S. Pediatric lupus nephritis: Management update. *World J Nephrol*. 2014; 3(2): 16-23.
3. Petri M, Orbai AM, Alarcón GS, Gordon C, Merrill JT, Fortin PR, et al. Derivation and validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 2012; 64(8): 2677-86.
4. Tunncliffe DJ, Singh-Grewal D, Kim S, Craig JC, and Tong A. Diagnosis, Monitoring, and Treatment of Systemic Lupus Erythematosus: A Systematic Review of Clinical Practice Guidelines. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2015; 67(10): 1440-52.
5. Schwartz GJ, Muñoz A, Schneider MF, Mak RH, Kaskel F, Warady BA, et al. New equations to estimate GFR in children with CKD. *J Am Soc Nephrol*. 2009; 20(3): 629-37.
6. Bajema IM, Wilhelmus S, Alpers CE, Bruijn JA, Colvin RB, Cook HT, et al. Revision of the International Society of Nephrology/Renal Pathology Society classification for lupus nephritis: clarification of definitions, and modified National Institutes of Health activity and chronicity indices. *Kidney International*. 2018; 93(4): 789-796.
7. Chapter 12: Lupus nephritis. *Kidney Int Suppl* (2011). 2012; 2(2): 221-232.
8. Nam NTT, Nghiên cứu lâm sàng, mô bệnh học và kết quả điều trị viêm thận lupus ở trẻ em. 2018, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. Đếm Phan Văn Đếm, Nguyễn Thành Nam, and Kiên PT. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đáp ứng điều trị của viêm thận do Lupus ban đỏ ở trẻ em. *VNU Journal of Science: Medical and Pharmaceutical Sciences*. 2018; 34: 96.
10. Chan EY, Lai FF, Ma AL, and Chan TM. Managing Lupus Nephritis in Children and Adolescents. *Paediatr Drugs*. 2024; 26(2): 145-161.
11. Hari P, Bagga A, Mahajan P, and Dinda A. Outcome of lupus nephritis in Indian children. *Lupus*. 2009; 18(4): 348-354.
12. Biswas D, Dasgupta D, Pal P, and Sinha R. Presentation and outcome of pediatric lupus nephritis from a large single centre contemporary cohort in Eastern India. *Lupus*. 2023; 32(12): 1440-1446.
13. Thanh Đoàn Thị Mai Thanh, Phí Thị Như Trang, và Nguyễn Anh Vinh. 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*. 2024; 533.
14. Park DJ, Joo YB, Bang SY, Lee J, Lee HS, and Bae SC. Predictive Factors for Renal Response in Lupus Nephritis: A Single-center Prospective Cohort Study. *J Rheum Dis*. 2022; 29(4): 223-231.
15. Miranda-Hernández D, Cruz-Reyes C, Angeles U, Jara LJ, and Saavedra MA. Prognostic Factors for Treatment Response in Patients With Lupus Nephritis. *Reumatología Clínica (English Edition)*. 2014; 10(3): 164-169.