

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG TẾ BÀO MÁU NGOẠI VI Ở NGƯỜI BỆNH LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Bùi Văn Dân^{1,2,✉}, Nguyễn Thu Phương¹, Cao Thị Trinh^{1,3}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện E

³Bệnh viện Bạch Mai

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 50 người bệnh lupus ban đỏ hệ thống (SLE) điều trị nội trú tại Trung tâm Dị ứng - Miễn dịch lâm sàng, Bệnh viện Bạch Mai, nhằm mô tả đặc điểm tổn thương tế bào máu ngoại vi và khảo sát mối liên quan giữa một số chỉ số huyết học với biểu hiện lâm sàng, mức độ hoạt động bệnh trong nhóm nghiên cứu. Nữ giới chiếm 90% với biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất là tổn thương thận (82%), và đa số có hoạt động bệnh mạnh và rất mạnh. Tổn thương huyết học phổ biến nhất là thiếu máu (92%), chủ yếu là mức độ nhẹ (50%) và hình thái hồng cầu bình thường, đẳng sắc (67,4%), giảm bạch cầu lympho chiếm 38% và 16% giảm tiểu cầu. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tổn thương thận với giảm số lượng hồng cầu; tổn thương tâm – thần kinh với giảm tiểu cầu; mức độ hoạt động bệnh với giảm hemoglobin và tiểu cầu. Thiếu máu và giảm bạch cầu lympho là những rối loạn huyết học phổ biến ở người bệnh SLE trong nghiên cứu. Tình trạng giảm các dòng tế bào máu có giá trị quan trọng trong việc phản ánh tổn thương cơ quan (thận, thần kinh), cũng như mức độ hoạt động của bệnh.

Từ khoá: Lupus ban đỏ hệ thống, tổn thương huyết học, thiếu máu, giảm tiểu cầu, SLEDAI-2K.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống (Systemic Lupus Erythematosus - SLE) là bệnh tự miễn hệ thống có cơ chế bệnh sinh phức tạp và biểu hiện lâm sàng đa dạng. Bệnh đặc trưng bởi tình trạng mất dung nạp miễn dịch, hình thành tự kháng thể và phức hợp miễn dịch, từ đó gây viêm và tổn thương nhiều cơ quan như thận, da, khớp, hệ thần kinh và hệ tạo máu. Theo các thống kê từ Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và các phân tích gộp trong hai thập kỷ qua, gánh nặng dịch tễ của SLE có xu hướng gia tăng rõ rệt trên toàn cầu với tỷ lệ hiện mắc dao động từ 9 đến

241 ca trên 100.000 dân.^{1,2}

Tổn thương tế bào máu ngoại vi là biểu hiện thường gặp trong SLE và được đề cập trong các bộ tiêu chuẩn phân loại bệnh.^{3,4,5} Các bất thường có thể gặp gồm thiếu máu, giảm bạch cầu, giảm lympho bào và giảm tiểu cầu, ảnh hưởng đến một hoặc nhiều dòng tế bào máu. Nhiều nghiên cứu ghi nhận thiếu máu gặp ở khoảng 50% - 70% người bệnh SLE, trong khi giảm bạch cầu và giảm lympho bào dao động khoảng 20% - 50%. Giảm tiểu cầu ít gặp hơn, với tỷ lệ khoảng 10% - 40%, nhưng cần được lưu ý do có thể liên quan đến bệnh hoạt động, xuất huyết, nhiễm trùng, thuốc điều trị hoặc các bệnh cảnh miễn dịch phối hợp.⁶

Trên thực hành lâm sàng, tổng phân tích tế bào máu ngoại vi là xét nghiệm đơn giản, dễ thực hiện và được sử dụng thường quy trong

Tác giả liên hệ: Bùi Văn Dân

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: buivandan@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 20/05/2026

Ngày được chấp nhận: 14/06/2026

đánh giá người bệnh SLE. Một số nghiên cứu cho thấy các bất thường huyết học có thể gặp nhiều hơn ở người bệnh có bệnh hoạt động hoặc có tổn thương cơ quan. Tuy nhiên, kết quả giữa các nghiên cứu còn khác nhau do khác biệt về quần thể nghiên cứu, tiêu chuẩn chọn mẫu, mức độ nặng của bệnh, tình trạng điều trị và phương pháp phân tích. Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu mô tả đặc điểm huyết học ở người bệnh SLE, đặc biệt trong nhóm viêm thận lupus hoặc người bệnh điều trị nội trú. Tuy nhiên, dữ liệu về mối liên quan giữa các chỉ số tế bào máu ngoại vi với biểu hiện lâm sàng và mức độ hoạt động bệnh trong nhóm người bệnh SLE nội trú vẫn còn hạn chế. Đặc biệt, tại các bệnh viện tuyến cuối, người bệnh nhập viện thường có bệnh hoạt động mạnh, tổn thương cơ quan nhiều và đã sử dụng nhiều thuốc điều trị, do đó cần có các nghiên cứu mô tả riêng để góp phần nhận diện đặc điểm của nhóm bệnh nhân này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Đặc điểm tổn thương tế bào máu ngoại vi ở người bệnh lupus ban đỏ hệ thống điều trị nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai” với hai mục tiêu: 1) Mô tả đặc điểm tổn thương tế bào máu ngoại vi ở người bệnh lupus ban đỏ hệ thống điều trị nội trú tại Trung tâm Dị ứng - Miễn dịch lâm sàng, Bệnh viện Bạch Mai; 2) Khảo sát mối liên quan giữa một số chỉ số tế bào máu ngoại vi với biểu hiện lâm sàng và mức độ hoạt động bệnh trong nhóm nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Được chẩn đoán xác định SLE theo bộ tiêu chuẩn EULAR/ACR 2019.⁵

- Ghi nhận có ít nhất một bất thường trên xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh đã có tiền sử mắc các bệnh lý huyết học ác tính.

- Người bệnh đồng mắc các bệnh lý tự miễn hệ thống khác như xơ cứng bì, bệnh mô liên kết hỗn hợp.

- Người bệnh đang sử dụng thuốc chống đông để điều trị các bệnh lý khác.

- Phụ nữ đang trong thời kỳ mang thai hoặc đang cho con bú.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm Dị ứng - Miễn dịch lâm sàng, Bệnh viện Bạch Mai trong khoảng thời gian từ tháng 7/2025 đến tháng 10/2025.

Chọn mẫu và cỡ mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, không xác suất. Trong khoảng thời gian nghiên cứu đã thu thập được số liệu của 50 người bệnh thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn.

Các chỉ số và biến số nghiên cứu:

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới tính, tiền sử và thời gian mắc bệnh.

Đặc điểm lâm sàng: Khảo sát tổn thương tại các cơ quan: da và niêm mạc, cơ - xương - khớp, tim mạch, thận - tiết niệu, hô hấp, thần kinh - tâm thần và tiêu hóa.

Chỉ số huyết học: Số lượng hồng cầu (RBC), nồng độ huyết sắc tố (Hb), các chỉ số hồng cầu (MCV, MCH, MCHC, RDW), số lượng tiểu cầu (PLT) và các dòng bạch cầu (WBC, NEUT, LYM, MONO).

Mức độ hoạt động bệnh: Đánh giá qua thang điểm SLEDAI-2K cải tiến, phân loại thành 4 mức độ: nhẹ (≤ 5 điểm), trung bình (6 – 10 điểm), mạnh (11 – 19 điểm) và rất mạnh (≥ 20 điểm).

Định nghĩa một số biến số chính

Thiếu máu được xác định khi hemoglobin < 120 g/L ở nữ hoặc < 130 g/L ở nam. Mức độ thiếu máu được phân loại thành nhẹ, trung bình, nặng và rất nặng theo ngưỡng hemoglobin sử

dụng trong thực hành lâm sàng.

Giảm bạch cầu được xác định khi WBC < 4 G/L.³

Giảm bạch cầu lympho được xác định khi LYM < 1,5 G/L.³

Giảm bạch cầu trung tính được xác định khi NEUT < 1,5 G/L.³

Giảm tiểu cầu được xác định khi PLT < 100 G/L.³ Giảm tiểu cầu mức độ nhẹ khi PLT từ 50 đến < 100 G/L, trung bình khi PLT từ 20 đến < 50 G/L và nặng khi PLT < 20 G/L.

Biểu hiện thần kinh - tâm thần được ghi nhận khi người bệnh có các biểu hiện như co giật, rối loạn ý thức, đau đầu nặng không giải thích được, rối loạn tâm thần, tổn thương thần kinh khu trú hoặc các biểu hiện thần kinh - tâm thần khác được bác sĩ điều trị xác định có liên quan đến SLE.

Thu thập và xử lý số liệu: Số liệu được thu thập trực tiếp từ hồ sơ bệnh án theo mẫu thống nhất, bao gồm kết quả thăm khám lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng tại thời điểm khảo sát. Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm Epidata.

Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm.

Các biến định lượng do có phân bố không chuẩn nên được trình bày dưới dạng số trung vị và khoảng tứ phân vị (Min - Max).

Sử dụng các phép kiểm định Chi-bình phương hoặc Fisher Exact để so sánh các tỷ lệ và phép kiểm Mann-Whitney U để so sánh các giá trị trung vị giữa các nhóm⁶. Mức ý nghĩa

thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua về mặt chuyên môn bởi Bộ môn Dị ứng - Miễn dịch lâm sàng, Trường Đại học Y Hà Nội và Ban lãnh đạo Trung tâm Dị ứng - Miễn dịch lâm sàng, Bệnh viện Bạch Mai. Mọi thông tin cá nhân của người bệnh được mã hóa và bảo mật tuyệt đối; các kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích phát triển khoa học.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Nữ giới chiếm ưu thế tuyệt đối với tỷ lệ 90% (nữ/nam $\approx 9/1$)¹. Trung vị tuổi của nhóm nghiên cứu là 36 (từ 17 đến 83 tuổi), trong đó nhóm tuổi từ 18 – 39 chiếm tỷ lệ cao nhất (56%). Đáng lưu ý, nam giới trong nghiên cứu có xu hướng khởi phát bệnh muộn hơn với trung vị tuổi là 67. Tổn thương cơ quan thường gặp nhất là thận – tiết niệu, chiếm tỷ lệ 82% (41/50 trường hợp). Tiếp theo là tình trạng thiếu máu lâm sàng (70%). Các biểu hiện ít gặp hơn bao gồm xuất huyết (16%) và tổn thương tâm – thần kinh (12%). Đa số đối tượng nhập viện trong tình trạng bệnh đang hoạt động ở mức độ nặng. Cụ thể, nhóm có mức độ hoạt động mạnh và rất mạnh chiếm tới 82% (mạnh: 60%; rất mạnh: 22%). Điểm SLEDAI-2K trung vị của toàn bộ nhóm nghiên cứu là 15 (dao động từ 0 đến 30 điểm) (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 50)

Đặc điểm	Chỉ số
<i>Giới tính</i>	
Nữ, n (%)	45 (90,0%)
<i>Tuổi</i>	
Trung vị (Min – Max)	36,0 (17 – 83)
Nhóm tuổi 18 – 39, n (%)	28 (56,0%)

Đặc điểm	Chỉ số
<i>Biểu hiện lâm sàng cơ quan</i>	
Thận – tiết niệu, n (%)	41 (82,0%)
Thiếu máu lâm sàng, n (%)	35 (70,0%)
Viêm thanh mạc, n (%)	24 (48%)
Sốt, n (%)	19 (38%)
Khớp, n (%)	17 (34%)
Da niêm mạc, n (%)	15 (30%)
Xuất huyết, n (%)	8 (16,0%)
Tâm – thần kinh, n (%)	6 (12,0%)
<i>Mức độ hoạt động bệnh (SLEDAI-2K)</i>	
Điểm trung vị (Min – Max)	15 (0 – 30)
Mức độ nhẹ, n (%)	2 (4,0%)
Mức độ trung bình, n (%)	7 (14,0%)
Mức độ mạnh, n (%)	30 (60,0%)
Mức độ rất mạnh, n (%)	11 (22,0%)

2. Đặc điểm tổn thương tế bào máu ngoại vi

Tổn thương tế bào máu trong nhóm nghiên cứu ảnh hưởng đến ba dòng tế bào máu ngoại vi. Dòng hồng cầu bị tác động mạnh nhất với tỷ lệ thiếu máu lên tới 92%, trong đó thiếu máu mức độ nhẹ và trung bình chiếm đa số (86%),. Dòng bạch cầu ghi nhận tỷ lệ giảm chung là

28%, tuy nhiên tình trạng giảm bạch cầu lympho (38%) diễn ra phổ biến hơn, cao gấp ba lần so với giảm bạch cầu hạt trung tính (12%),. Dòng tiểu cầu ít bị ảnh hưởng nhất với tỷ lệ giảm là 16%, chủ yếu là giảm mức độ nhẹ và không ghi nhận trường hợp nào có số lượng tiểu cầu dưới 20 G/L (Bảng 2).

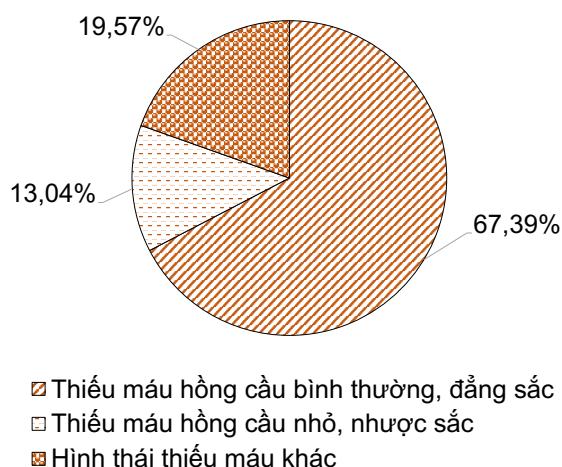
Bảng 2. Đặc điểm tổn thương các dòng tế bào máu ngoại vi (n = 50)

Dòng tế bào	Đặc điểm tổn thương	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<i>Hồng cầu</i>	Thiếu máu chung	46	92,0%
	Mức độ nhẹ (90 - <120 g/L)	25	50,0%
	Mức độ trung bình (60 - 90 g/L)	18	36,0%
	Mức độ nặng và rất nặng (< 60 g/L)	3	6,0%
<i>Bạch cầu</i>	Giảm bạch cầu chung (< 4 G/L)	14	28,0%
	Giảm bạch cầu lympho (< 1,5 G/L)	19	38,0%
	Giảm bạch cầu hạt trung tính (< 1,5 G/L)	6	12,0%
	Giảm tiểu cầu chung (< 100 G/L)	8	16,0%
<i>Tiểu cầu</i>	Mức độ nhẹ (50 - 100 G/L)	5	10,0%
	Mức độ trung bình (20 - 50 G/L)	3	6,0%

3. Đặc điểm thiếu máu trong nhóm người bệnh nghiên cứu

Kết quả phân tích hình thái tế bào máu trên 46 người bệnh có tình trạng thiếu máu cho thấy hình thái thiếu máu phổ biến nhất là thiếu máu

hồng cầu bình thường, đẳng sắc, chiếm tỷ lệ 67,39%; thiếu máu hồng cầu nhỏ, nhược sắc chiếm tỷ lệ 13,04% và 19,57% trường hợp còn lại thuộc các hình thái khác của thiếu máu (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 1. Các hình thái thiếu máu ở người bệnh SLE trong nghiên cứu

4. Mối liên quan giữa các chỉ số tế bào máu ngoại vi với các đặc điểm lâm sàng

Khi so sánh một số chỉ số tế bào máu ngoại vi theo biểu hiện lâm sàng cơ quan, nhóm có tổn thương thận - tiết niệu có số lượng hồng cầu và nồng độ hemoglobin thấp hơn so với nhóm không có tổn thương thận. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là 0,004 và 0,017. Ngoài ra, nhóm

có biểu hiện tâm - thần kinh có số lượng tiểu cầu thấp hơn so với nhóm không có biểu hiện này, với $p = 0,032$. Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các chỉ số bạch cầu, lympho bào với các biểu hiện lâm sàng còn lại trong phân tích này. Do số lượng người bệnh trong một số phân nhóm còn ít, đặc biệt nhóm có biểu hiện tâm - thần kinh chỉ gồm 6 trường hợp (Bảng 3).

Bảng 3. So sánh một số chỉ số tế bào máu ngoại vi theo biểu hiện lâm sàng cơ quan (n = 50)

Biểu hiện lâm sàng	RBC (p)	Hb (p)	PLT (p)	WBC (p)	LYM (p)
Da, niêm mạc (n = 15)	0,751	0,498	0,427	0,166	0,767
Viêm thanh mạc (n = 24)	0,734	0,225	0,461	0,683	0,177
Cơ - xương - khớp (n = 17)	0,449	0,616	0,690	0,927	0,790
Thận - tiết niệu (n = 41)	0,004*	0,017*	0,295	0,553	0,250
Tâm - thần kinh (n = 6)	0,199	0,081	0,032*	0,456	0,226

p: so sánh chỉ số huyết học giữa nhóm có và không có biểu hiện lâm sàng tương ứng bằng kiểm định Mann-Whitney U. (*) Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

5. So sánh các chỉ số tế bào máu ngoại vi theo mức độ hoạt động bệnh

Khi phân nhóm theo mức độ hoạt động bệnh SLEDAI-2K, nhóm hoạt động mạnh - rất mạnh có số lượng hồng cầu, nồng độ hemoglobin và số lượng tiểu cầu thấp hơn so với nhóm hoạt động nhẹ - trung bình. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là 0,018; 0,018 và 0,006.

Số lượng bạch cầu tổng số, bạch cầu trung tính và bạch cầu lympho không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Tuy nhiên, do nhóm hoạt động nhẹ - trung bình chỉ gồm 6 trường hợp, trong khi nhóm hoạt động mạnh - rất mạnh gồm 44 trường hợp, kết quả so sánh có thể bị ảnh hưởng bởi mất cân đối cỡ mẫu giữa hai nhóm (Bảng 4).

Bảng 4. So sánh các chỉ số tế bào máu ngoại vi theo mức độ hoạt động bệnh (SLEDAI-2K)

Chỉ số	Hoạt động mạnh - rất mạnh (n = 44)	Hoạt động nhẹ - trung bình (n = 6)	p
RBC (T/L)	3,24 (0,88 – 4,58)	3,91 (3,71 – 4,41)	0,018*
Hb (g/L)	90,00 (29,00 – 136,00)	106,50 (101,00 – 136,00)	0,018*
PLT (G/L)	149,00 (32,00 – 378,00)	246,00 (175,00 – 261,00)	0,006*
WBC (G/L)	5,67 (3,85 – 8,25)	8,60 (3,84 – 9,80)	0,355
NEUT (G/L)	3,82 (2,34 – 5,95)	5,76 (2,49 – 7,30)	0,438
LYM (G/L)	1,13 (0,52 – 1,70)	0,94 (0,70 – 2,60)	0,731

Số liệu được trình bày dưới dạng Trung vị (Min – Max); (*) Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận tình trạng thiếu máu chiếm tỷ lệ (92%), chủ yếu là hình thái hồng cầu bình thường, đẳng sắc (67,39%), điều này hoàn toàn phù hợp với cơ chế thiếu máu trong bệnh lý mạn tính – một đặc trưng thường thấy trong các đợt tiến triển của SLE. Tỷ lệ này tương đồng với các nghiên cứu trong nước năm 2016 (89,3%) và Colombia năm 2024, khẳng định rằng tình trạng viêm hệ thống làm gia tăng các cytokine như IL-6, gây rối loạn chuyển hóa sắt và ức chế tủy xương.^{8,9} Bên cạnh dòng hồng cầu, sự giảm bạch cầu lympho (38%) diễn ra phổ biến hơn nhiều so với bạch cầu hạt trung tính (12%), củng cố giả thuyết về sự hiện diện của các tự kháng thể kháng lympho bào (ALA) và quá trình apoptosis tế bào bị đẩy mạnh trong môi trường nội môi của SLE.¹⁰ Sự tái phân bố

tế bào lympho từ máu ngoại vi đến các cơ quan đang bị tổn thương cũng là một yếu tố quan trọng góp phần làm giảm số lượng tế bào này trên lâm sàng.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận một số khác biệt có ý nghĩa thống kê về chỉ số tế bào máu ngoại vi theo biểu hiện lâm sàng cơ quan. Cụ thể, nhóm người bệnh có tổn thương thận có số lượng hồng cầu và nồng độ hemoglobin thấp hơn rõ hơn so với nhóm không tổn thương cho thấy tổn thương thận không chỉ là biểu hiện lâm sàng mà còn làm trầm trọng thêm tình trạng thiếu máu thông qua việc giảm sản xuất erythropoietin.¹¹ Tương tự, giảm tiểu cầu ở nhóm có biểu hiện tâm – thần kinh cho thấy có thể là một biểu hiện cảnh báo sớm cho các biến chứng thần kinh trung ương nguy hiểm. Cơ chế này có thể liên quan

đến sự tiêu thụ tiểu cầu để hình thành các cục máu đông nhỏ tại vi mạch não hoặc hội chứng kháng phospholipid thứ phát thường gặp ở người bệnh SLE nặng.¹² Tuy nhiên, nghiên cứu này không có dữ liệu đầy đủ về kháng thể antiphospholipid, tình trạng huyết khối hoặc các xét nghiệm chuyên sâu về đông máu ở toàn bộ người bệnh. Vì vậy, chúng tôi không khẳng định cơ chế giảm tiểu cầu trong nghiên cứu có liên quan đến vi huyết khối hoặc hội chứng kháng phospholipid.

Về mối tương quan với mức độ hoạt động bệnh, nghiên cứu ghi nhận giảm cả ba dòng tế bào máu (hồng cầu, huyết sắc tố và tiểu cầu) đều tỷ lệ thuận với điểm số SLEDAI-2K. Kết quả này đồng nhất với các báo cáo khẳng định trong các đợt bùng phát, tăng sản xuất tự kháng thể và cytokine không chỉ làm gia tăng tình trạng thực bào tế bào máu tại lách mà còn trực tiếp ức chế vi môi trường tạo máu tại tủy xương.^{11,13} Trong khi các bệnh viện tuyến cuối như Bạch Mai có điều kiện thực hiện nhiều xét nghiệm và thăm dò chuyên sâu để đánh giá đợt cấp, thì tại các bệnh viện tuyến dưới, việc sử dụng xét nghiệm tế bào máu ngoại vi mang ý nghĩa thực tiễn vô cùng lớn trong công tác khám chữa bệnh. Với khả năng phản ánh chính xác độ nặng và định hướng xử trí kịp thời các đợt tiến triển (trong bối cảnh 82% người bệnh nhập viện trong nghiên cứu đều ở tình trạng hoạt động mạnh và rất mạnh), đây chính là công cụ đơn giản nhưng hiệu quả giúp các cơ sở y tế cơ sở theo dõi và nâng cao công tác quản lý ngoại trú cho người bệnh SLE.

Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn tồn tại một số hạn chế nhất định cần được xem xét khi diễn giải các kết quả. Đầu tiên, với thiết kế mô tả cắt ngang và cỡ mẫu còn tương đối nhỏ, nghiên cứu chưa thể đánh giá được sự biến đổi động học của các dòng tế bào máu theo thời gian hoặc yếu tố nhiễu liên quan đến các thuốc đang điều trị đặc biệt là ức chế miễn dịch. Trong

nghiên cứu, nơi thực tại một Bệnh viện Bạch Mai có thể dẫn đến sai số chọn lựa, khiến tỷ lệ tổn thương thận và mức độ hoạt động bệnh cao hơn so với quần thể SLE nói chung. Cuối cùng, do điều kiện thực tế, việc không thu thập các xét nghiệm như định lượng ferritin, hepcidin hay nghiệm pháp Coombs trên toàn bộ mẫu nghiên cứu làm hạn chế khả năng phân loại chính xác các nguyên nhân thiếu máu phối hợp (như thiếu máu thiếu sắt đồng mắc với viêm mạn tính hoặc tan máu tự miễn). Do đó, cần các nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn và theo dõi dọc để hoàn thiện bức tranh về tổn thương huyết học trong SLE.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận các bất thường huyết học thường gặp ở nhóm người bệnh SLE điều trị nội trú có bất thường tế bào máu ngoại vi. Trong đó, thiếu máu là bất thường được ghi nhận nhiều nhất, chủ yếu ở mức độ nhẹ và trung bình, với hình thái hồng cầu bình thường, đẳng sắc chiếm ưu thế. Nhóm có tổn thương thận - tiết niệu có số lượng hồng cầu và nồng độ hemoglobin thấp hơn so với nhóm không có tổn thương thận. Nhóm có biểu hiện tâm - thần kinh có số lượng tiểu cầu thấp hơn so với nhóm không có biểu hiện này. Ngoài ra, nhóm người bệnh có mức độ hoạt động bệnh mạnh - rất mạnh có số lượng hồng cầu, hemoglobin và tiểu cầu thấp hơn so với nhóm hoạt động nhẹ - trung bình. Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi là xét nghiệm đơn giản, dễ thực hiện và có thể hỗ trợ đánh giá, theo dõi người bệnh SLE trong thực hành lâm sàng. Tuy nhiên, do nghiên cứu có thiết kế cắt ngang, cỡ mẫu nhỏ, chọn mẫu thuận tiện và chưa hiệu chỉnh các yếu tố nhiễu, các kết quả trên cần được diễn giải thận trọng. Cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, thiết kế theo dõi dọc và phân tích đa biến để xác nhận ý nghĩa lâm sàng của các bất thường tế bào máu ngoại vi ở người bệnh SLE.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kaul A, Gordon C, Crow MK, et al. Systemic lupus erythematosus. *Nat Rev Dis Primer*. 2016;2(1):16039.
2. Rees F, Doherty M, Grainge MJ, Lanyon P, Zhang W. The worldwide incidence and prevalence of systemic lupus erythematosus: a systematic review of epidemiological studies. *Rheumatology*. 2017;56(11):1945-1961.
3. Hochberg MC. Updating the American college of rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 1997;40(9):1725-1725.
4. Petri M, Orbai A, Alarcón GS, et al. Derivation and validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 2012;64(8):2677-2686.
5. Aringer M, Costenbader K, Daikh D, et al. 2019 European League Against Rheumatism/ American College of Rheumatology Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Rheumatol*. 2019;71(9):1400-1412.
6. Velo-García A, Castro SG, Isenberg DA. The diagnosis and management of the haematologic manifestations of lupus. *J Autoimmun*. 2016;74:139-160.
7. Adwan MH, Qasem U, Mustafa KN. In-hospital mortality in patients with systemic lupus erythematosus: a study from Jordan 2002–2017. *Rheumatol Int*. 2020;40(5):711-717.
8. Vương Tuyết Mai, Trịnh Thị Thúy, Đinh Thị Kim Dung. Khảo sát một số chỉ số huyết học ở bệnh nhân viêm thận lupus điều trị nội trú. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*. 2016;20(1):413-419.
9. Santamaría Alza Y, Sánchez-Bautista J, Alarcón-Gómez ZM, Coy-Quiroga A. Anemia in Colombian patients with systemic lupus erythematosus. *CES Med*. 2023;37(2):25-33.
10. Al Sheef A, Khalid L, Almutairi R, et al. Hematologic Manifestations in Systemic Lupus Erythematosus: A Systematic Review of Clinical Patterns, Prognostic Implications, and Epidemiology. *Pharm Pract*. 2026;23(4):1-10.
11. Yuce Inel T, Uslu S, Demirci Yildirim T, Gulle S, Sen G. Hematologic Involvement in Systemic Lupus Erythematosus: Clinical Features and Prognostic Implications in a Hematology-Referred Cohort. *J Clin Med*. 2025;14(20):7304.
12. Ruiz-Irastorza G, Crowther M, Branch W, Khamashta MA. Antiphospholipid syndrome. *Lancet*. 2010;376(9751):1498-1509.
13. Wang H, Li X, Fang K, Zhu H, Jia R, Wang J. Analysis of characteristics related to the disease activity of systemic lupus erythematosus and construction of an evaluation model. *Beijing Da Xue Xue Bao*. 2024;56(6):1017-1022.

Summary

PERIPHERAL BLOOD CELL ABNORMALITIES IN HOSPITALIZED PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS AT BACH MAI HOSPITAL

This cross-sectional descriptive study included 50 hospitalized patients with systemic lupus erythematosus (SLE) at the Center for Allergy and Clinical Immunology, Bach Mai Hospital. The study aimed to describe peripheral blood cell abnormalities and explore their associations with selected clinical manifestations and disease activity. All patients fulfilled the 2019 EULAR/ACR classification criteria for SLE and had at least one complete blood count abnormality. Female patients accounted for 90% of the cohort, and renal-urinary involvement was the most frequent clinical manifestation (82%). Most patients had high or very high disease activity according to SLEDAI-2K. In this selected inpatient cohort, anemia was the most common abnormality (92%), mainly mild to moderate, with normocytic normochromic anemia accounting for 67.4%. Lymphopenia and thrombocytopenia were observed in 38% and 16% of patients, respectively. Renal-urinary involvement was associated with lower red blood cell counts and hemoglobin levels, while neuropsychiatric manifestations were associated with lower platelet counts. Patients with high or very high disease activity had lower red blood cell counts, hemoglobin levels, and platelet counts than those with mild or moderate activity. Complete blood count may provide supportive information for assessing and monitoring hospitalized patients with SLE.

Keywords: Systemic lupus erythematosus, peripheral blood cell abnormalities, hematological abnormalities, anemia, SLEDAI-2K.