

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA VIÊM THẬN LUPUS Ở TRẺ NAM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Huyền Trang¹, Lương Thị Phượng^{1,2} và Nguyễn Thu Hương^{2,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Viêm thận lupus (LN) là biến chứng nặng của lupus ban đỏ hệ thống (SLE). Nam giới mắc viêm thận lupus thường có mức độ hoạt động bệnh mạnh với tổn thương thận nặng. Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh 55 trẻ nam dưới 16 tuổi được chẩn đoán viêm thận lupus điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 01/2021 đến tháng 01/2026. Tuổi trung bình tại thời điểm chẩn đoán là $11,24 \pm 2,17$ tuổi. Các biểu hiện ngoài thận thường gặp nhất là ban da (49,1%), sốt kéo dài (47,3%), và gan lách hạch to (45,5%). 60% trẻ có phù, tiểu máu (90,9%), trên 90% trẻ có protein niệu ngưỡng thận hư, trong đó 56,4% hội chứng thận hư. 40% trẻ giảm mức lọc cầu thận dưới 90 ml/phút/1,73m², trong đó 21,8% mức lọc cầu thận dưới 60 ml/phút/1,73m². ANA dương tính (94,5%), anti-dsDNA dương tính (89,1%), giảm C3 (89,1%) và giảm C4 (87,3%). Điểm SLEDAI trung bình là $21,07 \pm 8,15$; 92,7% bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh mạnh hoặc rất mạnh. Có 26 trong 55 trẻ được sinh thiết thận, tổn thương mô bệnh học thường gặp nhất là lớp IV (46,2%). Kết luận: Trẻ nam mắc viêm thận lupus thường có mức độ hoạt động bệnh cao, tổn thương thận nặng và ưu thế các thể viêm thận lupus tăng sinh.

Từ khóa: Viêm thận lupus, lupus ban đỏ hệ thống, trẻ nam.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống (Systemic Lupus Erythematosus - SLE) là bệnh tự miễn mạn tính, đặc trưng bởi tình trạng viêm hệ thống và tổn thương nhiều cơ quan như da, khớp, hệ tạo máu, tim, phổi, thận và hệ thần kinh trung ương. Ở trẻ em, bệnh thường có diễn biến nặng hơn so với người lớn, với mức độ hoạt động bệnh cao và tỷ lệ tổn thương cơ quan đích lớn hơn.

Viêm thận Lupus (Lupus Nephritis - LN) là một trong những biến chứng nặng của SLE ở trẻ em. Tổn thương thận được ghi nhận ở khoảng 50 - 75% trẻ tại thời điểm khởi phát bệnh và có thể tăng lên tới 90% trong vòng hai năm đầu sau chẩn đoán.¹ Nhiều nghiên cứu cho thấy viêm thận lupus làm gia tăng nguy cơ

bệnh thận mạn giai đoạn cuối, ảnh hưởng đáng kể đến tiên lượng bệnh.²

Biểu hiện lâm sàng của viêm thận lupus ở trẻ em rất đa dạng, từ tiểu máu hoặc protein niệu mức độ nhẹ đến hội chứng thận hư, viêm cầu thận tiến triển nhanh và suy giảm chức năng thận. Sự không đồng nhất về biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng khiến việc đánh giá mức độ tổn thương thận cũng như tiên lượng bệnh gặp nhiều khó khăn trong thực hành lâm sàng.

Mặc dù, SLE gặp chủ yếu ở nữ giới, nhiều nghiên cứu cho thấy bệnh ở nam giới thường có biểu hiện nặng hơn và tiên lượng xấu hơn. So với nữ giới, bệnh nhân nam có tỷ lệ tổn thương thận, giảm chức năng thận, viêm thận lupus tăng sinh và hoạt động bệnh cao hơn. Một số nghiên cứu còn ghi nhận nam giới có nguy cơ tiến triển đến bệnh thận giai đoạn cuối cao hơn so với nữ giới.³⁻⁵

Tuy nhiên, phần lớn các nghiên cứu hiện

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thu Hương

Bệnh viện Nhi Trung ương

Email: nguyenthuhuong@nch.gov.vn

Ngày nhận: 07/06/2026

Ngày được chấp nhận: 24/06/2026

nay được thực hiện trên quần thể lupus chung hoặc ở người trưởng thành. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về viêm thận lupus ở trẻ em chủ yếu được thực hiện trên quần thể chung, trong khi dữ liệu riêng về nhóm trẻ nam còn rất hạn chế.^{6,7} Việc nhận diện các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng đặc trưng của nhóm bệnh nhân này có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán sớm, đánh giá mức độ hoạt động bệnh và định hướng theo dõi điều trị. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm thận lupus ở trẻ nam tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu bao gồm các bệnh nhân nam dưới 16 tuổi được chẩn đoán viêm thận lupus và điều trị tại Khoa Thận - Lọc máu, Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian từ tháng 01/2021 đến tháng 01/2026.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Nghiên cứu bao gồm các bệnh nhân nam dưới 16 tuổi được chẩn đoán viêm thận lupus và điều trị tại Khoa Thận - Lọc máu hoặc theo dõi tại Phòng khám Thận - Lọc máu, Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian từ tháng 01/2021 đến tháng 01/2026.

Chẩn đoán lupus ban đỏ hệ thống theo tiêu chuẩn SLICC (Systemic Lupus Collaborating Clinics) 2012.⁸

Có chẩn đoán viêm thận lupus với một trong các biểu hiện sau⁹:

+ Protein/creatinine nước tiểu (UPCR) > 50 mg/mmol; và/hoặc

+ Tế bào cặn nước tiểu: hồng cầu niệu > 5 hồng cầu/vi trường cô đặc; hoặc bạch cầu > 5 bạch cầu/vi trường cô đặc và/hoặc trụ hồng cầu, bạch cầu.

Mỗi bệnh nhân chỉ tham gia nghiên cứu một lần.

Bệnh nhân và người giám hộ bệnh nhân đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Lupus ban đỏ hệ thống ở sơ sinh.

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

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Thận - Lọc máu, Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2021 đến tháng 1/2026.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Tất cả các bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu được đưa vào nghiên cứu.

Các biến số và chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm chung: Tuổi lúc chẩn đoán.

- Đặc điểm lâm sàng ngoài thận: Sốt kéo dài, ban da, gầy sút cân, loét miệng, rụng tóc, gan lách hạch to, viêm hoặc đau khớp, tràn dịch màng tim hoặc màng phổi, tổn thương thần kinh, tổn thương phổi khác.

- Đặc điểm tổn thương thận:

+ Phù, tăng huyết áp.

+ Tiểu máu đại thể hoặc vi thể.

+ Chỉ số protein/creatinin niệu (UPCR):

Protein niệu dưới ngưỡng thận hư: $20 < \text{UPCR} < 200 \text{ mg/mmol}$.

Protein niệu ngưỡng thận hư: $\text{UPCR} \geq 200 \text{ mg/mmol}$.

Hội chứng thận hư (HCTH) xác định khi: $\text{UPCR} \geq 200 \text{ mg/mmol}$ và Albumin máu $< 30 \text{ g/l}$.¹⁰

+ Mức lọc cầu thận ước tính (eGFR) tính theo công thức Schwartz.¹¹

- Đặc điểm miễn dịch: ANA, anti-dsDNA, nồng độ bổ thể C3 và C4.

- Mức độ hoạt động bệnh theo thang điểm SLEDAI (Systemic Lupus Erythematosus

Disease Activity Index).¹²

- Đặc điểm mô bệnh học thận theo phân loại ISN/RPS 2004 đối với các trường hợp được sinh thiết thận.¹³

Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 22.0. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị) khi thích hợp. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Nhi Trung ương và Trường Đại học Y Hà Nội số 90/BVNTW-HĐĐĐ ngày 24/02/2026. Thông tin cá nhân của người bệnh được bảo

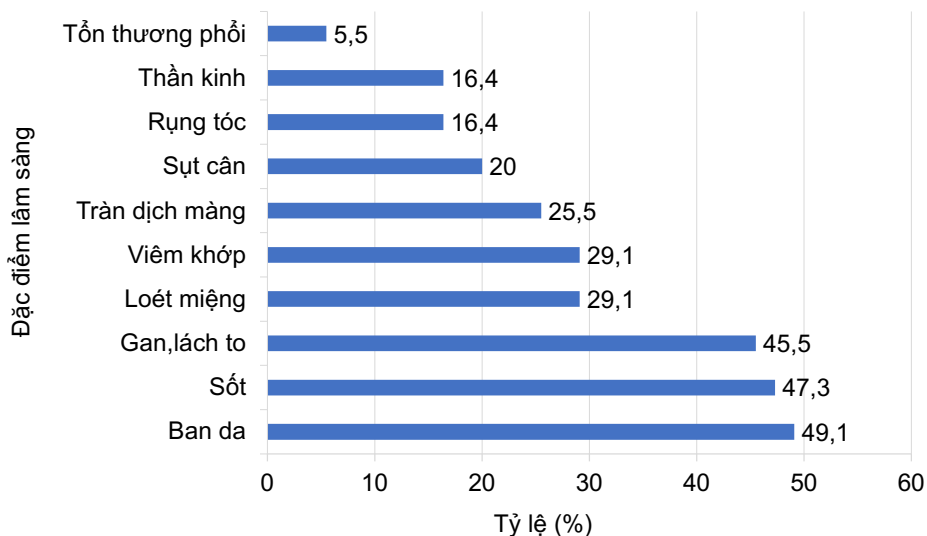
mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của trẻ nam viêm thận lupus (n = 55)

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi trung bình (năm)	11,24 $\pm$ 2,17
Tuổi nhỏ nhất (năm)	7
Tuổi lớn nhất (năm)	15
Số bệnh nhân được sinh thiết thận	26
Tỷ lệ sinh thiết thận (%)	47,3

Tuổi trung bình khi chẩn đoán viêm thận lupus là 11,24 $\pm$ 2,17 năm. Có 47,3% bệnh nhân được sinh thiết thận.



Biểu đồ 1. Các biểu hiện lâm sàng ngoài thận ở trẻ nam viêm thận lupus

Ban da và sốt kéo dài là hai biểu hiện ngoài thận thường gặp nhất, chiếm tỉ lệ lần lượt là 49,1% và 47,3%.

Bảng 2. Đặc điểm tổn thương thận tại thời điểm chẩn đoán

Đặc điểm	n	%
Phù	33	60,0
Tăng huyết áp	17	30,9
Tiểu máu đại thể	25	45,5

Đặc điểm	n	%
Tiểu máu vi thể	24	43,6
Không tiểu máu	5	9,1
Hội chứng thận hư	31	56,4
Protein niệu ngưỡng thận hư, albumin máu ≥ 30 g/l	19	34,5
Protein niệu dưới ngưỡng thận hư	5	9,1
eGFR < 60 ml/phút/1,73m ²	12	21,8
eGFR 60 – 89 ml/phút/1,73m ²	10	18,2
eGFR ≥ 90 ml/phút/1,73m ²	33	60,0

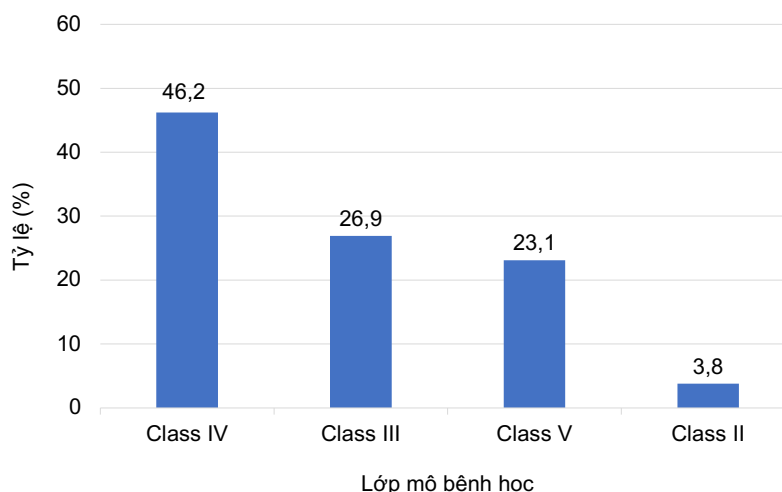
Các biểu hiện tổn thương thận thường gặp là phù (60,0%), hội chứng thận hư (56,4%) và tiểu máu (90,9%). Có 40,0% bệnh nhân giảm mức lọc cầu thận dưới 90 ml/phút/1,73m².

Bảng 3. Đặc điểm miễn dịch và mức độ hoạt động bệnh ở trẻ nam viêm thận lupus

Đặc điểm	n	%
ANA dương tính	52	94,5
Anti-dsDNA dương tính	49	89,1
Giảm C3	49	89,1
Giảm C4	48	87,3
Hoạt động vừa (SLEDAI)	4	7,3
Hoạt động mạnh	19	34,5
Hoạt động rất mạnh	32	58,2

Điểm SLEDAI trung bình: $21,07 \pm 8,15$.

Hầu hết bệnh nhân có rối loạn miễn dịch với tỷ lệ ANA dương tính, anti-dsDNA dương tính và giảm bổ thể đều trên 85%. Đa số trẻ có mức độ hoạt động bệnh mạnh hoặc rất mạnh (92,7%).



Biểu đồ 2. Phân bố tổn thương mô bệnh học viêm thận lupus theo ISN/RPS 2004

Tổn thương lớp IV là thể mô bệnh học thường gặp nhất (46,2%), tiếp theo là lớp III (26,9%) và lớp V (23,1%).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 55 trẻ nam viêm thận lupus, tuổi trung bình khi chẩn đoán là 11.24 ± 2.16 , dao động từ 7 tuổi đến 15 tuổi. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trên trẻ em mắc lupus ban đỏ hệ thống cho thấy bệnh thường khởi phát ở lứa tuổi học đường và tuổi thiếu niên, với độ tuổi trung bình khoảng 11 - 12 tuổi và hiếm gặp ở trẻ dưới 5 tuổi.² Điều này cho thấy đặc điểm tuổi khởi phát của trẻ nam mắc viêm thận lupus không khác biệt đáng kể so với quần thể trẻ em mắc lupus nói chung.

Các biểu hiện ngoài thận thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là ban da (49,1%), tiếp theo là sốt kéo dài (47,3%) và gan lách hạch to (45,5%). Kết quả này tương đối tương đồng với các nghiên cứu trên trẻ em mắc SLE, trong đó sốt, ban da và các biểu hiện cơ xương khớp thường là những triệu chứng khởi phát phổ biến nhất.^{6,14} Tuy nhiên, tỷ lệ ban da trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn báo cáo của Thái Thiên Nam (81%) và Szymanik-Grzelak (66,7%).^{6,14} Sự khác biệt này có thể liên quan đến tiêu chuẩn ghi nhận tổn thương da, đặc điểm chủng tộc cũng như việc nghiên cứu của chúng tôi chỉ bao gồm nhóm trẻ nam mắc viêm thận lupus. Một số nghiên cứu trên nam giới trưởng thành mắc SLE cho thấy nam giới thường có biểu hiện ngoài da ít hơn nhưng tổn thương cơ quan nội tạng nặng hơn so với nữ giới.^{3,15} Điều này có thể liên quan đến vai trò bảo vệ miễn dịch của estrogen ở nữ giới và sự khác biệt về đáp ứng miễn dịch giữa hai giới.

Đặc điểm nổi bật nhất của nghiên cứu là mức độ tổn thương thận tương đối nặng tại thời điểm chẩn đoán. Có tới 60% trẻ có phù, 90,9% có tiểu máu. Đặc biệt, trên 90% bệnh nhân có protein niệu ngưỡng thận hư và 56,4% có đủ tiêu chuẩn hội chứng thận hư. Tỷ lệ

này cao hơn nhiều nghiên cứu trên quần thể lupus nhi khoa nói chung.^{6,16} Điều này cho thấy phần lớn trẻ nam trong nghiên cứu được phát hiện khi tổn thương cầu thận đã rõ rệt. Một số nghiên cứu trước đây cho thấy nam giới mắc lupus thường có biểu hiện thận nặng hơn nữ giới, với tỷ lệ protein niệu ngưỡng thận hư, tăng creatinin máu và viêm cầu thận tăng sinh cao hơn.^{4,17} Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phần nào phù hợp với nhận định này. Tiểu máu được ghi nhận ở 90,9% bệnh nhân, trong đó gần một nửa có tiểu máu đại thể. Tỷ lệ này cao hơn đáng kể so với các nghiên cứu của Wong và Biswas.^{16,18} Tiểu máu phản ánh tình trạng tổn thương viêm hoạt động tại cầu thận và thường gặp trong các thể viêm thận lupus tăng sinh. Sự hiện diện đồng thời của tiểu máu với protein niệu mức thận hư ở phần lớn bệnh nhân cho thấy nhóm nghiên cứu có mức độ tổn thương cầu thận đáng kể ngay tại thời điểm chẩn đoán. Một phát hiện quan trọng khác là 40% bệnh nhân đã có suy giảm chức năng thận ($eGFR < 90 \text{ ml/phút/1,73m}^2$), trong đó 21,8% có $eGFR$ dưới $60 \text{ ml/phút/1,73m}^2$. Tỷ lệ này tương đương nghiên cứu của Lương Thị Phụng (39,7%) và Poddar (43%).^{7,19} Suy giảm chức năng thận tại thời điểm chẩn đoán là dấu hiệu tiên lượng nặng vì đã được chứng minh có liên quan đến nguy cơ tiến triển bệnh thận mạn và bệnh thận giai đoạn cuối trong nhiều nghiên cứu theo dõi dài hạn.^{5,17} Do đó, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trẻ nam mắc viêm thận lupus cần được phát hiện sớm và theo dõi sát ngay từ thời điểm chẩn đoán.

Các xét nghiệm miễn dịch trong nghiên cứu cho thấy tỷ lệ dương tính ANA, anti-dsDNA và giảm bổ thể đều rất cao, lần lượt là 94,5%, 89,1%, 89,1% và 87,3%. Đây là những dấu ấn miễn dịch đặc trưng của SLE và phản ánh tình trạng hoạt hóa miễn dịch mạnh. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh sự kết hợp giữa anti-dsDNA dương tính và giảm bổ thể có liên quan chặt chẽ với hoạt động bệnh cũng như sự xuất hiện của viêm thận lupus.^{5,17,20} Kết quả của

chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu trên bệnh nhân nam mắc lupus tại Trung Quốc và Uruguay, trong đó phần lớn bệnh nhân có giảm bổ thể và anti-dsDNA dương tính tại thời điểm chẩn đoán.^{5,17}

Điểm SLEDAI trung bình trong nghiên cứu là $21,07 \pm 8,15$ và có tới 92,7% bệnh nhân thuộc nhóm hoạt động mạnh hoặc rất mạnh. Đây là một trong những phát hiện quan trọng nhất của nghiên cứu. So với các báo cáo trên quần thể SLE trẻ em nói chung, mức độ hoạt động bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể.² Điều này có thể được giải thích bởi đối tượng nghiên cứu chỉ bao gồm các trường hợp đã có biểu hiện viêm thận lupus. Mặt khác, tỷ lệ cao bệnh nhân có protein niệu mức thận hư, tiểu máu và suy giảm chức năng thận cũng góp phần làm tăng điểm SLEDAI. Kết quả này củng cố nhận định rằng trẻ nam mắc viêm thận lupus thường được phát hiện khi bệnh đang ở giai đoạn hoạt động mạnh và có nguy cơ tổn thương cơ quan đích cao.

Trong số 26 bệnh nhân được sinh thiết thận, viêm thận lupus lớp IV là tổn thương mô bệnh học thường gặp nhất (46,2%), tiếp theo là lớp III (26,9%) và lớp V (23,1%). Như vậy, viêm thận lupus tăng sinh chiếm tới 73,1%. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây trên trẻ em và nam giới mắc viêm thận lupus.^{6,17} Các thể viêm thận lupus tăng sinh được biết đến là những thể bệnh có hoạt tính miễn dịch cao, biểu hiện lâm sàng nặng và nguy cơ tiến triển suy thận cao hơn so với các thể không tăng sinh.¹³ Tỷ lệ cao các tổn thương tăng sinh trong nghiên cứu của chúng tôi có thể giải thích cho mức độ protein niệu, tiểu máu, suy giảm chức năng thận và điểm SLEDAI cao được ghi nhận.

Nhìn chung, các kết quả nghiên cứu cho thấy trẻ nam mắc viêm thận lupus tại thời điểm chẩn đoán thường có mức độ hoạt động bệnh cao, biểu hiện tổn thương thận nặng và ưu thế các tổn thương mô bệnh học tăng sinh. Việc nhận diện sớm các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân này có ý nghĩa quan

trọng trong chẩn đoán, đánh giá mức độ nặng của bệnh và định hướng điều trị tích cực ngay từ giai đoạn đầu. Một điểm đáng chú ý trong nghiên cứu của chúng tôi là phần lớn trẻ nam mắc viêm thận lupus có biểu hiện tổn thương thận nặng ngay tại thời điểm chẩn đoán, với tỷ lệ cao trẻ có protein niệu ngưỡng thận hư, tiểu máu, suy giảm chức năng thận và ưu thế các tổn thương tăng sinh trên mô bệnh học. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây cho thấy nam giới mắc lupus ban đỏ hệ thống thường có nguy cơ tổn thương thận nặng hơn nữ giới. Tan và cộng sự ghi nhận bệnh nhân nam có tỷ lệ tổn thương cơ quan đích cao hơn, đặc biệt là tổn thương thận.¹⁵ Nghiên cứu của Wang và cộng sự cũng cho thấy nam giới mắc viêm thận lupus có tỷ lệ viêm thận tăng sinh và suy giảm chức năng thận cao hơn so với các báo cáo trên quần thể lupus chung.¹⁷ Sự khác biệt này có thể liên quan đến các yếu tố nội tiết và miễn dịch. Estrogen được cho là có vai trò điều hòa đáp ứng miễn dịch và ảnh hưởng đến quá trình sản xuất tự kháng thể, từ đó góp phần tạo nên sự khác biệt về biểu hiện bệnh giữa hai giới.²¹ Tuy nhiên, cơ chế chính xác giải thích tình trạng tổn thương thận nặng hơn ở nam giới mắc lupus vẫn chưa được làm sáng tỏ hoàn toàn. Ngoài ra, một số nghiên cứu còn ghi nhận nam giới mắc viêm thận lupus có nguy cơ tiến triển đến bệnh thận giai đoạn cuối cao hơn so với nữ giới.³⁻⁵ Nghiên cứu của chúng tôi là một trong số ít nghiên cứu tại Việt Nam tập trung riêng vào nhóm trẻ nam mắc viêm thận lupus. Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn có một số hạn chế như thiết kế mô tả, cỡ mẫu chưa lớn và chỉ có 47,3% bệnh nhân được sinh thiết thận. Các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn là cần thiết để đánh giá tiên lượng lâu dài cũng như các yếu tố liên quan đến tiến triển bệnh thận ở nhóm bệnh nhân này.

V. KẾT LUẬN

Trẻ nam mắc viêm thận lupus thường được chẩn đoán khi bệnh đang ở giai đoạn hoạt động

mạnh, với tỷ lệ cao protein niệu mức thận hư, tiểu máu, suy giảm chức năng thận và tổn thương mô bệnh học tăng sinh, trong đó lớp IV chiếm ưu thế. Nghiên cứu góp phần bổ sung dữ liệu về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm trẻ nam mắc viêm thận lupus tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Levy DM, Kamphuis S. Systemic lupus erythematosus in children and adolescents. *Pediatr Clin North Am*. 2012;59(2):345-364.
2. Hiraki LT, Benseler SM, Tyrrell PN, Hebert D, Harvey E, Silverman ED. Clinical and laboratory characteristics and long-term outcome of pediatric systemic lupus erythematosus: a longitudinal study. *J Pediatr*. 2008;152(4):550-556. doi: 10.1016/j.jpeds.2007.09.019
3. Thomas R, Jawad AS. Systemic lupus erythematosus: rarer in men than women but more severe. *Trends in Urology & Men's Health*. 2022;13(5):11-14.
4. Singpan N, Chawanasuntorapoj R, Cheunsuchon B. Clinicopathological characteristics of lupus nephritis in Thai males. *J Nephropathol*. 2020;10(2):e19-e19.
5. Urrestarazú A, Otatti G, Silvariño R, et al. Lupus nephritis in males: clinical features, course, and prognostic factors for end-stage renal disease. *Kidney Int Rep*. 2017;2(5):905-912. Published June 16, 2017. doi:10.1016/j.ekir.2017.05.011
6. Thái Thiên Nam, Trần Văn Hợp, Lê Thanh Hải. Tổn thương mô bệnh học thận và kết quả điều trị viêm thận lupus ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp chí Nhi khoa*. 2018;11(2):38-47
7. Lương Thị Phượng, Nguyễn Thị Diệu Thúy, Nguyễn Thị Ngọc, Nguyễn Ngọc Huy, Dương Thị Thanh Bình, Nguyễn Thị Thùy Liên. Mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương thận trên sinh thiết thận ở trẻ viêm thận lupus tăng sinh. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2022;155(7):53-61.
8. Petri M, Orbai AM, Alarcón GS, et al. Derivation and validation of systemic lupus international collaborating clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 2012;64(8):2677-2686. doi: 10.1002/art.34473
9. Sinha R, Raut S. Pediatric lupus nephritis: Management update. *World J Nephrol*. 2014;3(2):16-23
10. Trautmann A, Vivarelli M, Samuel S, et al. IPNA clinical practice recommendations for the diagnosis and management of children with steroid-resistant nephrotic syndrome. *Pediatr Nephrol*. 2020;35(8):1529-1561. doi: 10.1007/s00467-020-04519-1
11. Schwartz GJ, Muñoz A, Schneider MF, et al. New equations to estimate GFR in children with CKD. *J Am Soc Nephrol JASN*. 2009;20(3):629-63. doi: 10.1681/ASN.2008030287
12. Rovenský J, Payer J. Systemic lupus erythematosus disease activity index (SLEDAI). In: Rovenský J, Payer J, eds. *Dictionary of Rheumatology*. Springer; 2009. doi:10.1007/978-3-211-79280-3_1086.
13. Weening JJ, D'agati VD, Schwartz MM, et al. The classification of glomerulonephritis in systemic lupus erythematosus revisited. *Kidney Int*. 2004;65(2):521-530. doi: 10.1111/j.1523-1755.2004.00443.x
14. Szymanik-Grzelak H, Kuźma-Mroczkowska E, Małyk J, Pańczyk-Tomaszewska M. Lupus nephritis in children: 10 years' experience. *Cent Eur J Immunol*. 2016;41(3):248-254. doi:10.5114/cej.2016.63123
15. Tan TC, Fang H, Magder LS, Petri MA. Differences between male and female systemic lupus erythematosus in a multiethnic population. *J Rheumatol*. 2012;39(4):759-769. doi:10.3899/jrheum.111061.
16. Wong SN, Tse KC, Lee TL, et al. Lupus nephritis in Chinese children: a territory-wide cohort study in Hong Kong. *Pediatr Nephrol*.

2006;21(8):1104-1112. doi:10.1007/s00467-006-0052-3.

17. Wang YF, Xu YX, Tan Y, Yu F, Zhao MH. Clinicopathological characteristics and outcomes of male lupus nephritis in China. *Lupus*. 2012;21(13):1472-1481. doi:10.1177/0961203312458467

18. Biswas D, Dasgupta D, Pal P, 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. doi:10.1177/09612033231202843.

19. Poddar S, Dasgupta D, Pradhan S, et al. Clinical presentation of children with

lupus nephritis from a low- and middle-income country (LMIC): an initial report from the Indian pSLE Nephritis Registry. *Clin Rheumatol*. 2025;44(9):3679-3686. doi:10.1007/s10067-025-07576-9

20. Kaufman LD, Gomez-Reino JJ, Heinicke MH, Gorevic PD. Male lupus: retrospective analysis of clinical and laboratory features in 52 patients, with a review of the literature. *Semin Arthritis Rheum*. 1989;18(3):189-197. doi:10.1016/0049-0172(89)90028-2.

21. Constantin AM, Baicus C. Estradiol in systemic lupus erythematosus. *Acta Endocrinol (Buchar)*. 2023;19(2):274-276. doi:10.4183/AEB.2023.274.

Summary

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF LUPUS NEPHRITIS IN MALE CHILDREN AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Lupus nephritis (LN) is a serious complication of systemic lupus erythematosus (SLE). Lupus nephritis in male patients is generally associated with greater disease activity and more severe renal manifestations. A case-series study was conducted on 55 male patients younger than 16 years old, diagnosed with lupus nephritis and treated at Vietnam National Children's Hospital between January 2021 and January 2026. The mean age at diagnosis was 11.24 ± 2.17 years old. The most common extrarenal manifestations were skin rash (49.1%), prolonged fever (47.3%), and hepatosplenomegaly and/or lymphadenopathy (45.5%). Edema was present in 60.0% of patients, while hematuria was observed in 90.9%. More than 90% of patients had nephrotic-range proteinuria, including 56.4% with nephrotic syndrome. Reduced estimated glomerular filtration rate (eGFR < 90 mL/min/1.73 m²) was found in 40.0% of patients, of whom 21.8% had eGFR < 60 mL/min/1.73 m². Positive antinuclear antibodies (ANA), positive anti-double-stranded DNA (anti-dsDNA), low C3, and low C4 levels were detected in 94.5%, 89.1%, 89.1%, and 87.3% of patients, respectively. The mean SLE Disease Activity Index (SLEDAI) score was 21.07 ± 8.15 , and 92.7% of patients had high or very high disease activity. Renal biopsy was performed in 26 of 55 patients, with class IV lupus nephritis being the most common histopathological finding (46.2%). Conclusions: Male children with lupus nephritis commonly present with high disease activity, severe renal involvement, and a predominance of proliferative lupus nephritis. Early recognition of these characteristics may facilitate timely diagnosis, risk stratification, and appropriate treatment.

Keywords: Lupus nephritis, systemic lupus erythematosus, male children.