

Đặc điểm tổn thương tim ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống

Phạm Minh Trãi*, Phan Linh Thảo, Bùi Văn Huấn, Trần Hoài Phương,
Nguyễn Thị Phương Thủy, Lê Thúc Hùng, Võ Tam, Nguyễn Thị Hà My
Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

*Tác giả liên hệ (Corresponding author): Phạm Minh Trãi, Email: pmtrai@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 17/04/2026; Ngày duyệt đăng (Accepted): 05/06/2026; Ngày xuất bản (Published): 18/06/2026

DOI:10.34071/jmp.2026.5-1.43

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Lupus ban đỏ hệ thống (SLE) là bệnh viêm hệ thống mạn tính và gây tổn thương ở nhiều cơ quan. Tổn thương tim có thể gặp trong nhiều dạng như viêm màng ngoài tim, viêm cơ tim, bệnh động mạch vành, hoặc rối loạn nhịp tim, và có thể dẫn đến các biến chứng nặng nề, thậm chí tử vong.

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm tổn thương tim ở bệnh nhân SLE và tìm hiểu mối liên quan giữa các tổn thương tim với các yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang và hồi cứu trên 38 bệnh nhân SLE được chẩn đoán theo tiêu chuẩn SLICC 2012 đang điều trị tại Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ 12/2024 đến 6/2026.

Kết quả: Qua nghiên cứu 38 bệnh nhân, tổn thương da, thận, huyết học gặp với tỷ lệ 50 - 75%, biểu hiện tổn thương tim gặp với tỷ lệ 13,1 - 23,7%. Triệu chứng cơ năng tổn thương tim thường gặp là khó thở (18,4%), đau ngực (5,3%). Biểu hiện điện tâm đồ (ECG) hay gặp là nhịp tim nhanh (23,7%) với 88,9% nhịp nhanh xoang và hay gặp ở bệnh nhân có ban cánh bướm ($p = 0,013$) và nhạy cảm ánh sáng ($p = 0,004$). Siêu âm tim có tràn dịch màng ngoài tim (13,1%), hở van tim (13,1%) với hở van 2 lá nhiều hơn hở van 3 lá (8,6% so với 5,7%), nhóm có tràn dịch màng ngoài tim có tỷ lệ tế bào lympho thấp hơn ($9,2 \pm 5,9$ so với $21,5 \pm 10,9$) và chỉ số SLEDAI cao hơn ($17,6 \pm 8,7$ so với $9,6 \pm 4,4$) nhóm không có tràn dịch màng ngoài tim.

Kết luận: Tổn thương tim trong SLE ít gặp hơn các tổn thương ở da, thận, huyết học, miễn dịch. Khó thở là triệu chứng cơ năng hay gặp nhưng không đặc hiệu, không có mối liên quan với các yếu tố khác. Nhịp tim nhanh là tổn thương hay gặp trên ECG, dù không đặc hiệu nhưng có thể là dấu hiệu của đợt bùng phát bệnh hoặc viêm cơ tim và có mối liên quan với các tổn thương da cấp tính. Tràn dịch màng ngoài tim là biểu hiện thường gặp nhất trên siêu âm tim và là biểu hiện của viêm màng ngoài tim trong đợt tiến triển bệnh, liên quan với hoạt động bệnh cao theo chỉ số SLEDAI và giảm tỷ lệ tế bào lympho.

Từ khóa: Lupus ban đỏ hệ thống; SLE; tổn thương tim; nhịp tim nhanh; tràn dịch màng ngoài tim.

Characteristics of cardiac involvement in patients with systemic lupus erythematosus

Phạm Minh Trãi*, Phan Linh Thảo, Bùi Văn Huấn, Trần Hoài Phương,
Nguyễn Thị Phương Thủy, Lê Thúc Hùng, Võ Tam, Nguyễn Thị Hà My
University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Background: Systemic lupus erythematosus (SLE) is a chronic systemic inflammatory disease that causes damage to multiple organs. Cardiac involvement may present in various forms such as pericarditis, myocarditis, coronary artery disease, or arrhythmias, and can lead to severe complications, even death. Despite its important role in prognosis and treatment, cardiac involvement has received little attention.

Objective: To investigate the characteristics of cardiac involvement in SLE patients, and to explore the relationship between cardiac manifestations and related factors.

Materials and Methods: A cross-sectional descriptive and retrospective study was conducted on 38 patients diagnosed with SLE according to the 2012 SLICC criteria, who were being treated at Hue Central Hospital and Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from December 2024 to June 2026.

Results: Among 38 patients, skin, renal, and hematologic involvement occurred in 50 - 75%. Cardiac manifestations were observed in 13.1 - 23.7%. The most common cardiac symptoms were dyspnea (18.4%) and chest pain (5.3%). Electrocardiogram (ECG) findings frequently showed tachycardia (23.7%),

with predominantly sinus tachycardia (88.9%), which was more common in patients with malar rash ($p = 0.013$) and photosensitivity ($p=0.004$). Echocardiography revealed pericardial effusion (13.1%) and valvular regurgitation (13.1%), with mitral regurgitation being more frequent than tricuspid regurgitation (8.6% vs. 5.7%). Patients with pericardial effusion had lower lymphocyte percentage (9.2 ± 5.9 vs. 21.5 ± 10.9) and higher SLEDAI scores (17.6 ± 8.7 vs. 9.6 ± 4.4) compared to those without effusion.

Conclusion: Cardiac involvement in SLE is less common than skin, renal, hematologic, and immunologic manifestations. Dyspnea is the most frequent but nonspecific symptom, with no association with other factors. Tachycardia is the most common ECG finding; although nonspecific, it may indicate disease flare or myocarditis and is associated with acute cutaneous manifestations. Pericardial effusion is the most frequent echocardiographic finding, representing pericarditis during disease activity, and is associated with higher disease activity (SLEDAI) and reduced lymphocyte percentage.

Keywords: Systemic lupus erythematosus; SLE; cardiac involvement; tachycardia; pericardial effusion.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống (SLE) là bệnh viêm hệ thống mạn tính đặc trưng bởi sự xuất hiện các tự kháng thể, đặc biệt là kháng thể kháng nhân và sự lắng đọng các phức hợp miễn dịch ở nhiều cơ quan và mô trong cơ thể. Theo các nghiên cứu dịch tễ, tỷ lệ mắc bệnh lupus ban đỏ hệ thống ước tính trong dân số toàn cầu dao động từ 20 đến 150 trường hợp mỗi 100.000 người. Các nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng tỷ lệ mắc lupus ban đỏ hệ thống thay đổi đáng kể giữa các nhóm dân tộc và khu vực. Đặc biệt, tỷ lệ mắc bệnh cao hơn ở các cộng đồng người Mỹ gốc Phi và người Mỹ Latinh [1]. Ở Việt Nam, SLE là một bệnh không phổ biến, nhưng tỷ lệ mắc đang có xu hướng gia tăng. Một số nghiên cứu dịch tễ học tại Việt Nam cho thấy tỷ lệ mắc lupus tại Việt Nam ước tính khoảng 2 - 5/100.000 người [1].

SLE có thể gây tổn thương ở nhiều cơ quan và hệ thống, bao gồm da, thận, tim, phổi, khớp, và hệ thần kinh. Trong đó, một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu của lupus ban đỏ hệ thống là do bệnh tim mạch [2]. Tổn thương tim có thể gặp trong nhiều dạng như viêm màng ngoài tim, viêm cơ tim, bệnh động mạch vành, hoặc rối loạn nhịp tim, và có thể dẫn đến các biến chứng nặng nề, thậm chí tử vong. Tuy nhiên, bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống thường ít được chú ý dù đóng vai trò quan trọng trong tiên lượng và điều trị ở bệnh nhân [3].

Ở nước ta, hiện còn ít nghiên cứu về đặc điểm của tổn thương tim trên bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá về các hình thái tổn thương tim do lupus ban đỏ hệ thống, mối liên quan giữa tổn

thương tim với các yếu tố liên quan khác ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống. Từ đó sẽ góp phần nâng cao hiệu quả trong việc phối hợp điều trị giữa các chuyên khoa. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài “Nghiên cứu đặc điểm tổn thương tim ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống”, với 2 mục tiêu:

1. Nghiên cứu đặc điểm tổn thương tim ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống.
2. Tìm hiểu mối liên quan giữa các tổn thương tim với các yếu tố liên quan ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán Lupus ban đỏ hệ thống đang điều trị tại Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 12 năm 2024 đến hết tháng 06 năm 2026 với:

- Tiêu chuẩn chọn bệnh

+ Được chẩn đoán Lupus ban đỏ hệ thống theo tiêu chuẩn SLICC 2012.

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Bệnh nhân có tiền sử mắc các bệnh lý tim mạch (tim bẩm sinh, bệnh màng ngoài tim, cơ tim, bệnh van tim, rối loạn nhịp) trước khi khởi phát các biểu hiện của lupus ban đỏ hệ thống.

+ Bệnh nhân mắc bệnh lý ung thư, nhiễm trùng, bệnh mô liên kết khác, bệnh lý về máu.

+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia khảo sát.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang và hồi cứu.

Thang điểm SLEDAI được đánh giá theo bảng sau:

STT	Dấu hiệu	Điểm	Đánh giá
1	Cơ động kinh	8	Mới xuất hiện. Loại trừ do chuyển hóa, nhiễm trùng, thuốc.
2	Tâm thần	8	Thay đổi hoạt động chức năng bình thường do rối loạn nặng nhận thức (ảo giác, suy nghĩ rời rạc, giảm liên kết thông tin). Loại trừ do ure huyết, thuốc.

3	Triệu chứng tổ chức não	8	Giảm khả năng định hướng không gian, thời gian, trí nhớ, khả năng tập trung, rối loạn tri giác, nói không mạch lạc, mất ngủ hay ngủ gà. Loại trừ do chuyển hóa, nhiễm trùng, thuốc.
4	Thị giác	8	Viêm thần kinh thị giác, xuất huyết võng mạc, xuất huyết hoặc xuất tiết màng mạch nhãn cầu nặng. Loại trừ do huyết áp, nhiễm trùng, thuốc.
5	Thần kinh sọ não	8	Bệnh lý thần kinh sọ não về vận động, cảm giác mới xuất hiện.
6	Đau đầu	8	Đau đầu dữ dội, kéo dài, có thể giống Migraine, không đáp ứng thuốc giảm đau, an thần.
7	Tai biến mạch máu não	8	Mới xuất hiện. Loại trừ do tăng huyết áp, xơ cứng động mạch.
8	Viêm mạch	8	Có những vùng loét hoại tử, nhồi máu quanh móng, xuất huyết mảnh vụn. Kháng định viêm mạch bằng sinh thiết hay chụp mạch.
9	Viêm khớp	4	> 2 khớp có biểu hiện đau và dấu hiệu viêm.
10	Viêm cơ	4	Cơ đau hoặc yếu kết hợp tăng creatinine photphokinase hay điện cơ đồ thay đổi hay sinh thiết có viêm cơ.
11	Trụ niệu	4	Trụ hồng cầu, trụ hạt.
12	Tiểu máu	4	> 5 hồng cầu/vi trường. Loại trừ do sỏi, nhiễm trùng hay nguyên nhân khác.
13	Protein niệu	4	> 0,5 g/24h, mới xuất hiện.
14	Bạch cầu niệu	4	> 5 bạch cầu/vi trường, loại trừ do nhiễm trùng.
15	Ban cánh bướm mới	2	Ban mới xuất hiện hoặc tái phát.
16	Loét niêm mạc	2	Loét miệng mới hoặc tái phát.
17	Rụng tóc	2	Rụng tóc mới xuất hiện hay tái phát, mảng bất thường hay lan tỏa.
18	Viêm màng phổi	2	Đau màng phổi với tiếng cọ màng phổi, tràn dịch màng phổi, dày màng phổi.
19	Viêm màng ngoài tim	2	Đau màng tim với tiếng cọ màng tim hay tràn dịch màng ngoài tim. Kháng định bằng điện tâm đồ hay siêu âm tim.
20	Giảm bổ thể	2	Giảm CH50, C3, C4 (dưới giá trị thấp của bình thường)
21	Tăng Anti dsDNA	2	Tăng hơn giá trị trên của giới hạn bình thường của test
22	Sốt	1	> 38°C, loại trừ do nhiễm trùng
23	Giảm tiểu cầu	1	< 100.000/mm ³
24	Giảm bạch cầu	1	< 3.000/mm ³ , loại trừ do thuốc

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu sau khi thu thập sẽ được xử lý, làm sạch và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 20. Sử dụng kiểm định Chi bình phương để đánh giá sự tương quan của 2 biến định tính và kiểm định t-test để so sánh 2 trung bình đánh giá mối liên quan giữa biến định lượng và biến định tính.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu được thông

qua bởi Hội đồng Đạo đức y sinh Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế (Mã số: H2026/600). Nghiên cứu không làm cản trở, trì hoãn hay thay đổi quá trình chẩn đoán và điều trị theo phác đồ của người tham gia. Các thông tin được mã hóa và giữ bí mật. Kết quả nghiên cứu chỉ được sử dụng cho mục đích khoa học

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

	Đặc điểm	Số lượng (n = 38)	Tỷ lệ (%)	± SD
Tuổi	16 - 30	22	57,9	
	30 - 45	9	23,7	33,6 ± 14,9
	> 45	7	18,4	

Giới tính	Nam	3	7,9	
	Nữ	35	92,1	
Tuổi khởi phát	≤ 15 tuổi	4	10,5	29,2 ± 14,1
	16 - 30	22	57,9	
	31 - 45	7	18,4	
	≥ 46	5	13,2	
Thời gian mắc bệnh	< 1 năm	13	34,2	4,5 ± 5,1
	1 - 5 năm	9	23,7	
	> 5 năm	16	42,1	
Tiền sử gia đình	Có	0	0	
	Không	38	100	
Hoạt động bệnh theo SLEDAI	Nhẹ	5	13,2	10,6 ± 5,7
	Trung bình	18	47,4	
	Nặng	15	39,5	

Nhóm nghiên cứu có tuổi từ 16 - 30 tuổi là chủ yếu, tỷ lệ nữ giới chiếm ưu thế (92,1%), hơn 85% bệnh khởi phát trước 45 tuổi, thời gian mắc bệnh trung bình 4,5 năm, không có bệnh nhân nào có tiền sử gia đình mắc SLE, hơn 85% bệnh có hoạt động bệnh trung bình và nặng.

Bảng 2. Đặc điểm tổn thương cơ quan của nhóm nghiên cứu

	Đặc điểm	Số lượng (n = 38)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng toàn thân	Sốt	13	34,3
	Mệt mỏi	26	68,4
Da – niêm mạc	Ban cánh bướm	20	52,6
	Nhạy cảm ánh sáng	11	28,9
	Ban dạng đĩa	3	7,9
	Loét niêm mạc	2	5,3
	Rụng tóc	2	5,3
Khớp	Viêm khớp	9	23,7
Hô hấp	Tràn dịch màng phổi	3	7,9
Thần kinh – tâm thần		0	0
Thận	Phù	18	47,4
	Tăng huyết áp	17	44,7
	Protein niệu > 0,5g/24h	29	76,3
	Hồng cầu niệu	21	55,3
	Bạch cầu niệu	11	28,9
	Trụ niệu	1	2,6
Huyết học	Thiếu máu	26	68,4
	Giảm bạch cầu	1	2,6
	Giảm tiểu cầu	1	2,6
Miễn dịch	Giảm C3	21	55,3
	Giảm C4	16	42,1

Các biểu hiện chiếm tỉ lệ cao là các triệu chứng toàn thân (mệt mỏi), da (ban cánh bướm), tổn thương thận (protein niệu, hồng cầu niệu, phù, tăng huyết áp), thiếu máu, giảm bổ thể C3, C4 với tỷ lệ từ 42,1% - 76,3%. Không ghi nhận tổn thương thần kinh – tâm thần ở nhóm nghiên cứu.

3.2. Đặc điểm tổn thương tim

Bảng 3. Đặc điểm tổn thương tim

	Đặc điểm	Số lượng (n = 38)	Tỷ lệ (%)
Lâm sàng	Đau ngực	2	5,3
	Khó thở	7	18,4
	Tiếng cọ màng ngoài tim	0	0
Điện tâm đồ	Nhịp tim nhanh	9	23,7
	- Nhịp nhanh xoang	8	88,9
	- Nhịp nhanh kịch phát trên thất	1	11,1
	Nhịp chậm xoang	0	0
	Thay đổi ST-T	1	2,6
	Block AV	0	0
	QTc kéo dài	0	0
Siêu âm tim (n = 35)	Hở van 2 lá	3	8,6
	Hở van 3 lá	2	5,7
	Tràn dịch màng ngoài tim	5	13,1
	Suy chức năng tâm thu (EF < 50%)	0	0
	Dày thất trái	2	5,7
	Giãn buồng thất trái, thất phải	1	2,9
	Tăng áp phổi	1	2,9

Các biểu hiện tổn thương tim thường gặp là nhịp tim nhanh (23,7%), khó thở (18,4%), tràn dịch màng ngoài tim (13,1%), không ghi nhận tiếng cọ màng ngoài tim, nhịp chậm xoang và suy chức năng tâm thu.

3.3. Mối liên quan giữa đặc điểm tổn thương tim với các yếu tố liên quan

Bảng 4. Mối liên quan giữa khó thở với các yếu tố liên quan

Đặc điểm		Khó thở (n,%)		p
		Không	Có	
Tuổi	± SD	32,6 ± 14,6	38,3 ± 16,4	0,364*
Sốt	Không	24 (80)	6 (20)	0,627**
	Có	7 (87,5)	1 (12,5)	
Mệt mỏi	Không	11 (91,7)	1 (8,3)	0,276**
	Có	20 (76,9)	6 (23,1)	
Phù	Không	18 (90)	2 (10)	0,158**
	Có	13 (72,2)	5 (27,8)	
Ban cánh bướm	Không	16 (88,9)	2 (11,1)	0,27**
	Có	15 (75)	5 (25)	
Nhạy cảm ánh sáng	Không	24 (88,9)	3 (11,1)	0,069**
	Có	7 (63,6)	4 (36,4)	
Viêm khớp	Không	24 (82,8)	5 (17,2)	0,736**
	Có	7 (77,8)	2 (22,2)	
Protein niệu	Không	8 (88,9)	1 (11,1)	0,517**
	Có	23 (79,3)	6 (20,7)	
Hồng cầu niệu	Không	15 (83,3)	3 (16,7)	0,791**
	Có	16 (80)	4 (20)	

Nồng độ Hemoglobin (g/dl)	± SD	10,2 ± 2,4	12,1 ± 1,6	0,056*
Số lượng bạch cầu (K/ μ l)	± SD	8,2 ± 3,8	8,1 ± 5,1	0,945*
Tỉ lệ lympho (%)	± SD	18,4 ± 10,9	24,35±11,8	0,209*
Số lượng tiểu cầu (K/ μ l)	± SD	252±102,2	199,1±102,7	0,225*
Bổ thể C3 (mg/dl)	± SD	91,5 ± 79,2	60,5 ± 57,3	0,382*
Bổ thể C4 (mg/dl)	± SD	21,3 ± 22,3	13,1 ± 14,6	0,409*
SLEDAI	± SD	9,97 ± 5,2	7,1 ± 5,7	0,147*

(*Kiểm định t-test, ** Kiểm định Chi bình phương)

Triệu chứng khó thở không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với các yếu tố khảo sát với $p > 0,05$.

Bảng 5. Mối liên quan giữa nhịp tim nhanh với các yếu tố liên quan

Đặc điểm		Nhịp tim nhanh (n,%)		
		Không	Có	p
Tuổi	± SD	33,7 ± 15,5	33,3 ± 13,5	0,951*
	Không	22 (73,3)	8 (27,7)	0,402**
Sốt	Có	7 (87,5)	1 (12,5)	
	Mệt mỏi	Không	9 (75)	3 (25)
Có		20 (76,9)	6 (23,1)	
Phù	Không	15 (75)	5 (25)	0,841**
	Có	14 (77,8)	4 (22,2)	
Ban cánh bướm	Không	17 (94,4)	1 (5,6)	0,013**
	Có	12 (60)	8 (40)	
Nhạy cảm ánh sáng	Không	24 (88,9)	3 (11,1)	0,004**
	Có	5 (45,5)	6 (54,5)	
Viêm khớp	Không	23 (79,3)	6 (20,7)	0,436**
	Có	6 (66,7)	3 (33,3)	
Protein niệu	Không	8 (88,9)	1 (11,1)	0,310**
	Có	21 (72,4)	8 (27,6)	
Hồng cầu niệu	Không	14 (77,8)	4 (22,2)	0,841**
	Có	15 (75)	5 (25)	
Nồng độ Hemoglobin (g/dl)	± SD	10,2 ± 2,6	11,6 ± 1,4	0,141*
Số lượng bạch cầu (K/ μ l)	± SD	8,8 ± 4,1	6,3 ± 3	0,1*
Tỉ lệ lympho (%)	± SD	19,7 ± 11,7	19 ± 10	0,873*
Số lượng tiểu cầu (K/ μ l)	± SD	243,1 ± 110,5	239,4 ± 79,4	0,927*
Bổ thể C3 (mg/dl)	± SD	92,5 ± 83,4	65,8 ± 48,6	0,408*
Bổ thể C4 (mg/dl)	± SD	18,3 ± 18,7	27,1 ± 21	0,636*
SLEDAI	± SD	10,6 ± 6,3	10,8 ± 3,4	0,918*

(* Kiểm định t-test, ** Kiểm định Chi bình phương)

Ban nhạy cảm ánh sáng và ban đỏ hình cánh bướm có tỉ lệ cao hơn ở nhóm có nhịp tim nhanh có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không có sự khác biệt giữa nhịp tim nhanh với các yếu tố còn lại.

Bảng 6. Mối liên quan giữa tràn dịch màng ngoài tim với các yếu tố liên quan

Đặc điểm		Tràn dịch màng ngoài tim (n,%)		
		Không	Có	p
Tuổi	± SD	34,7 ± 15,7	26,4 ± 14,9	0,234*
Sốt	Không	25 (89,3)	3 (10,7)	0,227**
	Có	5 (71,4)	2 (28,6)	
Mệt mỏi	Không	9 (90)	1 (10)	0,647**
	Có	21 (84)	4 (16)	
Phù	Không	16 (88,9)	2 (11,1)	0,581**
	Có	14 (82,4)	3 (17,6)	
Ban cánh bướm	Không	13 (86,7)	2 (13,3)	0,889**
	Có	17 (85)	3 (15)	
Nhạy cảm ánh sáng	Không	20 (83,3)	4 (16,7)	0,552**
	Có	10 (90,9)	1 (9,1)	
Viêm khớp	Không	24 (84,6)	4 (14,4)	0,752**
	Có	8 (88,9)	1 (11,1)	
Protein niệu	Không	8 (100)	0 (0)	0,189**
	Có	22 (81,5)	5 (18,5)	
Hồng cầu niệu	Không	15 (88,2)	2 (8)	0,679**
	Có	15 (83,3)	3 (16,7)	
Nồng độ Hemoglobin (mg/dl)	± SD	10,8 ± 2,4	9,02 ± 1,6	0,145*
Số lượng bạch cầu (K/μl)	± SD	8,5 ± 4,1	6,7 ± 2,4	0,323*
Tỉ lệ lympho (%)	± SD	21,5 ± 10,9	9,2 ± 5,9%	0,039*
Số lượng tiểu cầu (K/μl)	± SD	250,2 ± 106,0	189,4 ± 65,0	0,211*
Bổ thể C3 (mg/dl)	± SD	111,9 ± 115,0	48,8 ± 20,0	0,284*
Bổ thể C4 (mg/dl)	± SD	31,5 ± 53,2	10,1 ± 10,3	0,295*
SLEDAI	± SD	9,6 ± 4,4	17,6 ± 8,7	0,03*

(* Kiểm định t-test, ** Kiểm định Chi bình phương)

Bệnh nhân có tràn dịch màng ngoài tim có tỷ lệ tế bào lympho thấp hơn ($p=0,039$) và chỉ số SLEDAI cao hơn ($p = 0,03$) so với nhóm bệnh nhân không có tràn dịch màng ngoài tim có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không có mối liên quan với các yếu tố còn lại.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là $33,6 \pm 14,9$ với chủ yếu từ 16 - 30 tuổi chiếm 57,9% và nữ giới là đa số với 92,1%. Hầu hết bệnh nhân được chẩn đoán bệnh ở độ tuổi sinh sản (≤ 45 tuổi) với tỷ lệ 86,8%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Lê Thị Thúy Hải, Dương Thu Hiền [4, 5].

Các biểu hiện thường gặp của lupus ban đỏ hệ thống là các triệu chứng toàn thân (mệt mỏi (68,4%), sốt (34,3%)), da - niêm mạc (ban cánh bướm (52,6%), nhạy cảm ánh sáng (28,9%)), thận (protein niệu (76,3%), hồng cầu niệu (55,3%), phù), huyết học (thiếu máu (68,4%), miễn dịch (giảm C3

(55,3%), giảm C4 (42,1%) tương đương nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Thanh Vân [6].

Tổn thương tim gặp với tỷ lệ thấp hơn (13,1% - 23,7%) với nhịp tim nhanh (23,7%), khó thở (18,4%), tràn dịch màng ngoài tim (13,1%), các tổn thương khác như hở van 2 lá, hở van 3 lá, đau ngực, dày thất trái, giãn buồng thất trái, thất phải, tăng áp phổi gặp với tỷ lệ thấp (2,9 - 8,6%), không ghi nhận suy chức năng tâm thu và tiếng cọ màng ngoài tim.

Trong đó các triệu chứng lâm sàng như đau ngực, khó thở thường gặp nhưng không đặc hiệu. Nhịp tim nhanh là một biểu hiện của viêm cơ tim, một tổn thương tim mạch nặng của bệnh lupus ban

đỏ hệ thống nên cần đánh giá thêm bằng xét nghiệm men tim. Tuy nhiên, viêm cơ tim lupus là hiếm gặp, thường biểu hiện với nhịp tim nhanh, khó thở [7]. Vì vậy, nghiên cứu không ghi nhận mối liên quan giữa triệu chứng khó thở với các biểu hiện lâm sàng và tổn thương cơ quan khác ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống.

Tỷ lệ ban cánh bướm và nhạy cảm ánh sáng cao hơn ở nhóm có nhịp tim nhanh. Ban cánh bướm là một tổn thương da đặc hiệu Lupus cấp tính thường gặp nhất, thường liên quan đến bệnh hệ thống nặng hơn. Nhạy cảm ánh sáng là tổn thương da không đặc hiệu nhưng thường xuất hiện trong đợt bùng phát bệnh. Theo Romas Zeb và cộng sự, biểu hiện da cấp và biểu hiện tim có sự liên kết thông qua cơ chế miễn dịch giống nhau như sự lắng đọng phức hợp miễn dịch, rối loạn chức năng nội mạc, viêm mạn bởi IL-6 và TNF- α nên mức độ nặng tổn thương da có thể tương quan với nguy cơ tim mạch [8]. Tuy nhiên, do nhược điểm cỡ mẫu còn hạn chế nên cần có những nghiên cứu xa hơn để làm rõ mối liên quan này.

Tràn dịch màng ngoài tim và bất thường van tim (14,3%) là biểu hiện hay gặp nhất trên siêu âm tim [9]. Viêm màng ngoài tim là tổn thương tim hay gặp nhất trên bệnh SLE [10] và có khoảng 25% bệnh nhân SLE có viêm màng ngoài tim và thường đi kèm viêm màng phổi. Tràn dịch màng ngoài tim kèm theo giảm bạch cầu lympho là một gợi ý của viêm màng ngoài tim do lupus ban đỏ hệ thống [7], kết quả này phù hợp với ghi nhận tỷ lệ lympho thấp hơn ở nhóm có tràn dịch màng ngoài tim. Thang điểm SLEDAI cao hơn ở nhóm có tràn dịch màng ngoài tim vì đây là biểu hiện của viêm màng ngoài tim, một biểu hiện của đợt bùng phát bệnh SLE do đó liên quan đến hoạt động bệnh cao [11].

Viêm nội tâm mạc trong SLE hay còn gọi là viêm nội tâm mạc Libman-Sacks, xuất hiện với tỷ lệ 11 - 74%, viêm nội tâm mạc Libman-Sacks thường ảnh hưởng van 2 lá, tiếp đó là van 3 lá và biểu hiện với rối loạn chức năng van trên lâm sàng với tỷ lệ từ 1 - 18% phù hợp với kết quả nghiên cứu hở van 2 lá (8,6%) và hở van 3 lá (5,7%) [7].

Tuy nhiên, nghiên cứu còn một số hạn chế về cỡ mẫu còn nhỏ, thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang và chưa có nhóm chứng nên cần có thêm các nghiên cứu với quy mô cỡ mẫu lớn hơn bên cạnh theo dõi bệnh và các chỉ số cận lâm sàng khác để khẳng định thêm các kết quả nghiên cứu thu được.

5. KẾT LUẬN

Tổn thương tim trong bệnh lupus ban đỏ hệ thống ít gặp hơn tổn thương ở các cơ quan khác như da,

thận, huyết học, miễn dịch và thường có triệu chứng cơ năng không đặc hiệu. Điện tâm đồ có thể phát hiện nhịp tim nhanh, đặc biệt là nhịp nhanh xoang là tổn thương hay gặp, đây là biểu hiện không đặc hiệu nhưng có thể là dấu hiệu của đợt bùng phát bệnh hoặc viêm cơ tim và có mối liên quan với các tổn thương da cấp tính. Tràn dịch màng ngoài tim là biểu hiện thường gặp nhất trên siêu âm, đây là biểu hiện của viêm màng ngoài tim trong đợt tiến triển bệnh, liên quan với hoạt động bệnh cao theo chỉ số SLEDAI và giảm tỷ lệ tế bào lympho. Vì vậy các biểu hiện tổn thương tim cần được thăm khám cẩn thận và kết hợp các phương pháp đánh giá phù hợp ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống, đặc biệt là trong đợt bùng phát bệnh.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Chúng tôi 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. Tian J, Zhang D, Yao X, Huang Y, Lu Q. Global epidemiology of systemic lupus erythematosus: a comprehensive systematic analysis and modelling study. *Ann Rheum Dis.* 2023; 82(3): 351–56.
2. Nossent J, Cikes N, Kiss E, Marchesoni A, Nasonova V, Mosca M, et al. Current causes of death in systemic lupus erythematosus in Europe. 2000-2004: relation to disease activity and damage accrual. *Lupus.* 2007; 16(5): 309–17.
3. Nor MA, Ogedegbe OJ, Barbarawi A, Ali AI, Sheikh IM, Yussuf FM, et al. Systemic lupus erythematosus and cardiovascular diseases: a systematic review. *Cureus.* 2023; 15(5): e39284.
4. Lê Thị Thúy Hải, Nguyễn Thị Bạch Yến. Nghiên cứu tình trạng tổn thương tim mạch ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống bằng siêu âm Doppler tim. *Tạp chí Y Dược học Quân sự.* 2011; (9): 1-7.
5. Dương Thu Hiền, Hoàng Thị Lâm, Bùi Văn Dân. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống có tổn thương thận tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023; (1): 331.
6. Nguyen Hoang Thanh Van, Nguyen Tran Dieu Anh. Clinical and sub-clinical features in patients with systemic lupus erythematosus. *J Med Pharm.* 2021; 11(07): 27-32.
7. Jonathan JM, Alfred HJK. Cardiac Manifestations of Systemic Lupus Erythematosus. *Rheumatic Disease Clinics of North America.* 2024; 40(1): 51–60.
8. Zeb R, Chinome D, Chacon M, Singh T, Chowdary MM, Manzanares Vidals CJ, et al. Cutaneous manifestations of systemic lupus erythematosus and their correlation with cardiac involvement. *Cureus.* 2024; 16(12): e76478.
9. Drissa M, Helali S, Amani F, Chebbi M, Mechri M, Drissa H. Echocardiographic characteristics of cardiac involvement in Systemic lupus erythematosus. *La Tunisie medicale.* 2019; 97(2): 373–378.
10. Sameh S, Nour G, Rym D, Najeh B, Bilel A, Nadia

B, et al. Non-coronary cardiac manifestations of systemic lupus erythematosus in adults: a comparative study. Pan African Medical Journal. 2019; 33: 156.

11. Su X, Yu H, Lei Q, Chen X, Tong Y, Zhang Z, et al. Systemic lupus erythematosus: pathogenesis and targeted therapy. Mol Biomed. 2024; 5(1): 54.