

## CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF HENOCH-SCHÖNLEIN PURPURA DISEASE IN CHILDREN AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Tong Thi Quyen<sup>1\*</sup>, Le Quynh Chi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>TNU - University of Medicine and Pharmacy

<sup>2</sup>Vietnam National Children's Hospital

ARTICLE INFO	ABSTRACT
Received: 27/10/2023	This study describes clinical, subclinical characteristics for Henoch-Schönlein purpura in children at VietNam National Children's Hospital. Method of cross-sectional descriptive was used to study on 92 children Schönlein-Henoch who monitored for inpatient and outpatient treatment at the Department of Immunology - Allergy - Joints of the Vietnam National Children's Hospital from May 2022 to May 2023. The results showed that: the ratio of male to female of 1.8:1 with the mean age was $7.24 \pm 2.55$ years. Schönlein-Henoch has seasonal characteristics, it was more common in the winter (35.9%) and the spring (31.5%). The common clinical manifestations were: purpura (100%), digestive symptoms (94.6%), joint pain (68.5%), nephritis (2.2%), and symptoms genitalia in boys (6.5%), soft tissue swelling (46.7%). Peripheral blood white blood cell count $> 10G/l$ in 72.8%; 53.3% of patients had CRP $> 6mg/l$ . Urine tests showed a kidney damage rate of 9.8%. The clinical features of Henoch-Schönlein of children are diverse, combination of skin and gastrointestinal, joint, renal involvement tests. Tests showed a relatively high rate of inflammation combined with infection.
Revised: 29/11/2023	
Published: 01/12/2023	

### KEYWORDS

Schonlein - Henoch  
Children  
Nephritis  
Joint pain  
Vietnam National Children's Hospital

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH SCHONLEIN-HENOCH Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Tổng Thị Quỳên<sup>1\*</sup>, Lê Quỳnh Chi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược – ĐH Thái Nguyên, <sup>2</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

THÔNG TIN BÀI BÁO	TÓM TẮT
Ngày nhận bài: 27/10/2023	Nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh Schonlein-Henoch ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang trên 92 trẻ Schonlein-Henoch điều trị nội, ngoại trú tại khoa Miễn dịch - Dị ứng - Khớp, Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 5/2022 đến tháng 5/2023. Kết quả cho thấy, tỷ lệ nam/nữ là 1,8:1. Tuổi trung bình là $7,24 \pm 2,55$ . Bệnh thường gặp nhất vào mùa đông (35,9%) và mùa xuân (31,5%). Biểu hiện lâm sàng gặp với tỷ lệ: ban xuất huyết (100%), triệu chứng tiêu hóa (94,6%), sưng đau khớp (68,5%), triệu chứng thận (2,2%), triệu chứng sinh dục ở trẻ nam (6,5%), sưng nề phần mềm (46,7%). Số lượng bạch cầu máu ngoại vi $> 10G/l$ chiếm 72,8%; 53,3% bệnh nhân có CRP $> 6 mg/l$ . Xét nghiệm nước tiểu cho thấy tỷ lệ tổn thương thận là 9,8%. Các triệu chứng lâm sàng bệnh Schonlein - Henoch ở trẻ em đa dạng, thường kết hợp giữa tổn thương ở da với tổn thương tiêu hóa, khớp hoặc thận. Xét nghiệm cho thấy tình trạng viêm kết hợp nhiễm trùng chiếm tỷ lệ tương đối cao.
Ngày hoàn thiện: 29/11/2023	
Ngày đăng: 01/12/2023	

### TỪ KHÓA

Schonlein – Henoch  
Trẻ em  
Tổn thương thận  
Đau khớp  
Bệnh viện Nhi Trung ương

DOI: <https://doi.org/10.34238/tnu-jst.9075>

\* Corresponding author. Email: tongthiquyen2112@gmail.com

## 1. Đặt vấn đề

Henoch-Schonlein purpura (HSP) hay viêm mao mạch dị ứng là một trong những bệnh viêm mạch phổ biến nhất ở trẻ em. Bệnh thường xuất hiện không rõ căn nguyên, đặc trưng bởi tổn thương các mạch máu nhỏ do lắng đọng phức hợp miễn dịch IgA, liên quan chủ yếu đến tổn thương da, thận, ruột và khớp [1], [2].

Trên thế giới, tại Anh, tỷ lệ mắc HSP hàng năm ở trẻ em là khoảng 20,4/100000 trẻ [3]. Tỷ lệ này tại Paris là 29,9/100000 trẻ [4]. Tỷ lệ mắc bệnh cao hơn ở Hàn Quốc với 56/100000 trẻ [5]. Ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào thống kê về tỷ lệ lưu hành của bệnh.

HSP có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi nhưng thường hay gặp nhất ở trẻ từ 4-6 tuổi. Bệnh hiếm gặp ở trẻ sơ sinh. Ở trẻ em, bệnh có một chút ưu thế ở trẻ nam (tỷ lệ nam : nữ là 1,5:1) và tỷ lệ mắc bệnh giảm dần theo độ tuổi tăng lên [3]. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Lê Thị Minh Hương và Thục Thanh Huyền ở Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013 cho thấy tuổi mắc bệnh trung bình là  $6,6 \pm 2,8$  tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 1,7/1, tỷ lệ mắc cao nhất vào mùa thu (42%) [6]. Thống kê của Nguyễn Văn Dương năm 2022 cho thấy tuổi trung bình của trẻ HSP là 6,56 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 2,23/1 [7]. Nghiên cứu của Phạm Văn Đэм tại Bệnh viện Bạch Mai chỉ ra rằng, tuổi trung bình là  $9,1 \pm 3,2$  tuổi, tỷ lệ trẻ nam/nữ là 1,17/1, tỷ lệ khởi phát bệnh vào mùa đông xuân cao nhất (38%) [8].

Bệnh thường biểu hiện rầm rộ với các triệu chứng đa dạng như ban xuất huyết trên da, tổn thương khớp, tổn thương tiêu hoá và các biểu hiện tổn thương thận, mặc dù nguy cơ tái phát cao nhưng hầu hết tiến triển và tiên lượng khá tốt. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào triệu chứng và diễn biến lâm sàng của bệnh. Bệnh HSP có thể tự giới hạn, tuy nhiên nếu không phát hiện sớm và điều trị kịp thời có thể dẫn tới những biến chứng nguy hiểm. Ở Việt Nam đã có một số đề tài nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh HSP, tuy nhiên các đặc điểm này ở trẻ bị HSP tại Bệnh viện Nhi Trung ương hiện nay có gì khác biệt đáng lưu ý? Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh Schonlein - Henoch ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

## 2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán Schonlein - Henoch lần đầu và theo dõi điều trị nội, ngoại trú tại khoa Miễn dịch - Dị ứng - Khớp, Bệnh viện Nhi Trung ương.

*Tiêu chuẩn lựa chọn:* Bệnh nhân  $\leq 15$  tuổi, được chẩn đoán HSP theo EULAR/PRES/PRINTO năm 2010 gồm 1 tiêu chuẩn chính và ít nhất 1 trong 4 tiêu chuẩn phụ.

*Tiêu chuẩn chính:* Ban xuất huyết chủ yếu ở chi dưới, không do giảm tiểu cầu.

*Tiêu chuẩn phụ:*

+ Đau bụng lan toả

+ Viêm khớp hoặc đau khớp.

+ Tổn thương thận: Protein niệu trên 0,3 g/24h hoặc protein/creatinin niệu (Up/c)  $> 30$  mg/mmol và/hoặc đái máu, hồng cầu niệu dương tính  $\geq 2+$ .

+ Sinh thiết da có hình ảnh viêm mạch Leukocytoclastic với lắng đọng IgA chiếm ưu thế hoặc sinh thiết thận có tăng sinh mao mạch cầu thận với lắng đọng chủ yếu của IgA1 [2].

*Tiêu chuẩn loại trừ:* Bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh Schonlein-Henoch. Bệnh nhân và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Khoa Miễn dịch - Dị ứng - Khớp, Bệnh viện Nhi Trung ương.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 5/2022 đến tháng 5/2023.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang.

#### 2.4. Cỡ mẫu

Để tính cỡ mẫu nghiên cứu, chúng tôi sử dụng công thức tính cỡ mẫu áp dụng cho việc ước tính tỷ lệ trong quần thể:  $n = z_{1-\alpha/2}^2 \cdot \frac{p \cdot (1-p)}{d^2}$ .

Trong đó:

$n$  = Cỡ mẫu nghiên cứu.

$p$  = Tỷ lệ ban xuất huyết ở trẻ em bị HSP. Trong nghiên cứu này sử dụng  $p = 90\%$  (Tỷ lệ ban xuất huyết ở trẻ em bị HSP theo nghiên cứu của Phạm Văn Đếm tại khoa Nhi Bệnh viện Bạch Mai) [8].

$\alpha$  = mức ý nghĩa thống kê, chọn  $\alpha = 0,05$  (tương ứng với độ tin cậy 95%).

$z_{1-\alpha/2} = 1,96$  là khoảng tin cậy mong muốn là 95% (với mức ý nghĩa thống kê  $\alpha = 0,05$ ).

$d$ : Độ chính xác tuyệt đối mong muốn, chọn  $d = 0,07$ .

Thay vào công thức ta có:  $n = 82$

Như vậy, chọn cỡ mẫu tối thiểu trong nghiên cứu là 82 bệnh nhân. Thực tế, số bệnh nhân HSP chúng tôi thu thập được trong nghiên cứu này là 92 trẻ.

Phương pháp chọn mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện.

#### 2.5. Chỉ số nghiên cứu

- Thông tin chung: Tuổi, giới tính, mùa trong năm chia thành 4 mùa: mùa xuân (tháng 3-5), mùa hè (tháng 6-8), mùa thu (tháng 9-11), mùa đông (tháng 12-02).

- Đặc điểm lâm sàng:

+ Ban xuất huyết trên da: Hình thái ban xuất huyết chia thành: chấm: tổn thương xuất huyết kích thước dưới 1 mm; nốt: tổn thương xuất huyết kích thước từ 1-10 mm; mảng: tổn thương xuất huyết kích thước trên 10 mm; phỏng nước: là mụn nước đường kính  $\geq 5$  mm, phỏng lên trên nền da xuất huyết bên trong có chứa dịch, máu.

+ Triệu chứng tiêu hoá: Đau bụng, nôn, tiêu chảy, xuất huyết tiêu hóa như: nôn ra máu, ỉa ra máu, đi ngoài phân đen.

+ Triệu chứng khớp: Đau khớp đơn thuần hoặc kèm theo viêm khớp.

+ Triệu chứng thận:

- Phù: Khi quan sát thấy nề mi mắt, mắt hõm tự nhiên và khi ấn trên nền xương cứng khoảng 5s, vết lõm mất chậm.

- Đái máu đại thể: Quan sát nước tiểu, khi mẫu đổi màu nâu hay hồng tùy mức độ và để lâu lắng cặn thì bệnh nhân được ghi nhận có tiểu máu đại thể.

- Tăng huyết áp khi: Huyết áp tâm thu và/hoặc huyết áp tâm trương lớn hơn 90<sup>th</sup> bách phân vị huyết áp theo tuổi, giới và chiều cao ở trẻ em theo Viện nghiên cứu quốc gia bệnh tim phổi và huyết học Hoa Kỳ hoặc huyết áp lớn hơn 120/80 mmHg.

+ Tổn thương thận: Protein niệu  $> 0,3$  g/24h hoặc protein niệu/creatinin niệu (Up/c)  $> 30$  mg/mmol và/hoặc đái máu, hồng cầu niệu dương tính  $\geq 2+$ . Nếu Up/c  $> 20$  mg/mmol với trẻ trên 5 tuổi (hơn 50 ở trẻ từ 6 đến 24 tháng tuổi) là có bất thường nước tiểu. Ngưỡng thận hư khi Up/c  $> 200$  mg/mmol.

- Đặc điểm cận lâm sàng: Công thức máu, sinh hoá máu, nước tiểu.

#### 2.6. Phương pháp thu thập số liệu

Số liệu về đặc điểm lâm sàng được thu thập thông qua ghi chép thông tin từ hồ sơ bệnh án gốc, phỏng vấn trực tiếp cha/mẹ/người nuôi dưỡng trẻ theo mẫu bệnh án thống nhất được thực hiện bởi học viên và các bác sĩ tại khoa Miễn dịch – Dị ứng – Khớp, Bệnh viện Nhi Trung ương. Số liệu về đặc điểm cận lâm sàng như công thức máu, sinh hóa, CRP, nước tiểu được thực hiện tại khoa huyết học, sinh hóa của Bệnh viện Nhi Trung ương và được thu thập số liệu qua hồ sơ bệnh án.

## 2.7. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu

Các bệnh án nghiên cứu được kiểm tra và làm sạch trước khi nhập số liệu. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0.

## 2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng đánh giá đề cương Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên và Hội đồng đạo đức Bệnh viện Nhi Trung ương số 689/BVNTW-HĐĐĐ ngày 18/4/2023.

## 3. Kết quả nghiên cứu

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung về tuổi, giới và thời gian khởi phát bệnh của trẻ mắc bệnh HSP được trình bày trong bảng 1 và bảng 2.

**Bảng 1.** Đặc điểm chung về nhóm tuổi, giới tính

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Tuổi	< 5	12	13
	≥ 5	80	87
	Trung bình ( $\bar{X} \pm SD$ )		7,24 ± 2,55
Giới	Nam	59	64,1
	Nữ	33	35,9
Tổng		92	100

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân ở nhóm ≥ 5 tuổi chiếm 87%, tuổi trung bình của HSP là 7,24 ± 2,55. Tỷ lệ trẻ nam/nữ = 1,8/1.

**Bảng 2.** Phân bố thời gian khởi phát bệnh

	Thời gian	Số lượng	Tỷ lệ %
Mùa xuân		29	31,5
Mùa hè		14	15,2
Mùa thu		16	17,4
Mùa đông		33	35,9
Tổng		92	100

**Nhận xét:** Trẻ đa số mắc HSP vào mùa đông với 35,9% và mùa xuân với 31,5%. Tỷ lệ gặp HSP vào mùa thu thấp hơn với 17,4% và bệnh gặp vào mùa hè thấp nhất với 15,2%.

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm về lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ em mắc bệnh HSP được thể hiện ở các bảng 3, bảng 4, bảng 5, bảng 6, bảng 7 và bảng 8.

**Bảng 3.** Phân bố các triệu chứng lâm sàng của bệnh HSP

	Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
	Ban xuất huyết trên da	92	100
	Triệu chứng tiêu hoá	87	94,6
	Triệu chứng khớp	63	68,5
Triệu chứng thận	Phù	0	0
	Đái máu đại thể	0	0
	Tăng huyết áp	2	2,2
	Sốt	13	14,1
Triệu chứng khác	Sung nề bìu	6	6,5
	Sung nề phần mềm	43	46,7

**Nhận xét:** Triệu chứng lâm sàng giai đoạn toàn phát ở bệnh nhân HSP gặp nhiều nhất là ban xuất huyết trên da (100%); triệu chứng thận ít gặp nhất (2,2%), chủ yếu là triệu chứng tăng huyết áp.

**Bảng 4. Biểu hiện ban xuất huyết da**

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Vị trí xuất huyết	Cẳng bàn chân	92	100
	Đùi	22	23,9
	Cẳng bàn tay	47	51,1
	Cánh tay	5	5,4
	Mông	33	35,9
	Thân mình	5	5,4
	Khác (vành tai, mi mắt, bộ phận sinh dục)	20	21,7
Đặc điểm	Chấm, nốt	73	79,3
	Phồng nước	1	1,1
	Chấm, nốt + mảng	15	16,3
	Chấm, nốt + phồng nước	3	3,3
Tổng		92	100

**Nhận xét:** Vị trí ban xuất huyết trên da ở bệnh nhân HSP hay gặp nhất là cẳng bàn chân (100%), vị trí ít gặp nhất là thân mình và cánh tay (5,4%). Đa số ban xuất huyết trên da có đặc điểm là dạng chấm, nốt (79,3%). Ban xuất huyết ở dạng phồng nước đơn thuần chiếm tỷ lệ rất thấp (1,1%).

**Bảng 5. Biểu hiện tổn thương nhiều cơ quan phối hợp**

Biểu hiện	Số lượng	Tỷ lệ %
Da + tiêu hoá	24	26,1
Da + khớp	3	3,3
Da + tiêu hoá + khớp	56	60,9
Da + tiêu hoá + thận	5	5,4
Da + khớp + thận	2	2,2
Da + tiêu hoá + khớp + thận	2	2,2
Tổng	92	100

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân HSP có biểu hiện ban da kết hợp với triệu chứng tiêu hoá và khớp với tỷ lệ 60,9%. Chỉ có 2,2% bệnh nhân HSP có tổn thương cả 4 cơ quan da, khớp, tiêu hoá và thận trên lâm sàng.

**Bảng 6. Kết quả xét nghiệm máu**

Xét nghiệm máu	Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ %	X ± SD (min-max)
Số lượng bạch cầu tăng > 10G/l		67	72,8	13,65 ± 5,77 (5,25-37,19)
Bạch cầu đa nhân trung tính tăng > 8G/l		50	54,3	9,31 ± 5,02 (2,03-28,05)
Bạch cầu Lympho tăng > 7G/l		2	2,2	3,13 ± 1,42 (1,31-7,7)
Huyết sắc tố giảm < 110g/l		5	5,4	130 ± 12,11 (94-160)
Tiểu cầu ≥ 150G/l		92	100	410,28 ± 103,11 (216-708)
Ure bình thường		92	100	4,5 ± 1,25 (2,1-7,8)
Creatinin bình thường		92	100	34,98 ± 10,08 (17-67)
CRP tăng		49	53,3	12,39 ± 17,27 (0,37-115,34)
NLR (tỷ lệ NEU/LYM)				3,5 ± 2,45 (0,51-12,11)
PLR (tỷ lệ PLT/LYM)				153,9 ± 73,61 (51,55-410,71)

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân HSP có số lượng bạch cầu tăng với tỷ lệ 72,8%. Không có bệnh nhân HSP nào có số lượng tiểu cầu giảm. Tỷ lệ bệnh nhân HSP có CRP tăng chiếm 53,3%.

**Bảng 7. Đặc điểm sinh hoá nước tiểu**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hồng cầu niệu $\geq 2+$	1	1,1
Trụ hồng cầu (-)	92	100
	$\leq 20$	52,2
	(20-30]	39,1
Up/c (mg/mmol)	$>20$ (30-200)	8,7
	$\geq 200$	0
Tôn thương thận (Up/c $> 30$ mg/mmol và/hoặc hồng cầu niệu $\geq 2+$ )	9	9,8
Tổng	92	100

**Nhận xét:** Có 47,8% bệnh nhân có bất thường nước tiểu. Trong đó, tỷ lệ bệnh nhân HSP có tôn thương thận chiếm 9,8%. Có 1,1% bệnh nhân HSP có biểu hiện tiểu máu vi thể. Không có bệnh nhân nào có trụ hồng cầu trong nước tiểu.

**Bảng 8. Mối liên quan giữa tỷ lệ NLR, PLR với xuất huyết tiêu hóa**

Chỉ số	Xuất huyết tiêu hóa				OR (95% CI)	p
	Có		Không			
	n	%	n	%		
NLR $\geq 3,5$	12	80	23	29,9	9,39 (2,42 - 36,45)	0,00
PLR $\geq 153,9$	12	80	24	31,2	8,83 (2,28 - 34,2)	0,00

**Nhận xét:** Bệnh nhân HSP mà NLR  $\geq 3,5$  có nguy cơ xuất huyết tiêu hóa tăng gấp 9,39 lần so với bệnh nhân HSP mà NLR  $< 3,5$ , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Bệnh nhân HSP mà PLR  $\geq 153,9$  có nguy cơ xuất huyết tiêu hóa tăng gấp 8,83 lần so với bệnh nhân HSP mà PLR  $< 153,9$ , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

## 4. Bàn luận

### 4.1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi khảo sát trên 92 bệnh nhân, tỷ lệ bệnh nhân HSP khác nhau theo nhóm tuổi: đa số bệnh nhân ở nhóm  $\geq 5$  tuổi với tỷ lệ 87%. Tuổi trung bình của HSP là  $7,24 \pm 2,55$  tuổi. Bệnh gặp ở cả 2 giới, trong đó trẻ nam gặp nhiều hơn trẻ nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1,8/1. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Văn Dương (2022) với độ tuổi trung bình là  $6,56 \pm 2,61$  tuổi, tỷ lệ trẻ nam/nữ là 2,23/1 [7]. Nghiên cứu của Lee và cộng sự (2016) ghi nhận tuổi trung bình là 6,93 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 1,23/1 [9].

Kết quả trong bảng 2 cho thấy bệnh thường gặp với tỷ lệ cao nhất vào mùa đông (35,9%) và mùa xuân (31,5%). Tỷ lệ gặp HSP vào mùa thu thấp hơn với 17,4% và bệnh gặp vào mùa hè thấp nhất với 15,2%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hwang và cộng sự (2018) cho thấy bệnh gặp nhiều nhất vào mùa xuân (31%), mùa hè ít nhất (19%) [10].

### 4.2. Đặc điểm lâm sàng

Ở giai đoạn toàn phát: Quá trình viêm mạch có thể xảy ra ở bất kỳ cơ quan nào trong cơ thể nên triệu chứng lâm sàng của HSP rất đa dạng, tổn thương nhiều cơ quan như da, khớp, tiêu hoá, thận. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ban xuất huyết trên da gặp ở 100% bệnh nhân, chủ yếu là ban dạng chấm, nốt với 79,3%, đối xứng ở cẳng chân hai bên (100%), là vị trí chịu trọng lực nhất của cơ thể; các vị trí khác cũng hay gặp ban như cẳng tay, mông, đùi, vành tai, mi mắt; ban ở thân mình ít gặp hơn với 5,4%. Ngoài ra ban xuất huyết còn kết hợp giữa dạng chấm, nốt và mảng (16,3%). Có 4,4% bệnh nhân xuất hiện phỏng nước trên nền ban xuất huyết, đây là triệu chứng hiếm gặp có thể dẫn tới chẩn đoán nhầm trên lâm sàng. Ban xuất huyết có xu hướng khỏi nhanh hơn khi nghỉ ngơi tại giường, ban xuất hiện trở lại khi bệnh nhân tiếp tục đi lại. Kết quả này cũng tương tự với một số nghiên cứu khác như Chen và cộng sự (2013) ghi nhận 100% trẻ có ban xuất huyết trên da, trong đó ban ở chi dưới và mông chiếm 96,7% [11]. Nghiên cứu của Lê

Thị Minh Hương (2013) cho thấy tỷ lệ ban xuất huyết trên da là 94,6%, trong đó đa phần là ban dạng chấm và nốt cùng lứa tuổi, tỷ lệ trẻ có ban ở cẳng chân là 93,5% [6].

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ tổn thương đường tiêu hóa chiếm 94,6%, trong đó hầu hết là triệu chứng đau bụng. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Lê Thị Minh Hương (2013) chỉ ra tỷ lệ tổn thương đường tiêu hóa là 62,8% [6].

Tổn thương khớp chiếm 68,5% với các biểu hiện sưng đau khớp, hạn chế vận động. Các triệu chứng khác cũng thường gặp như sưng nề phần mềm chiếm 46,7% bao gồm cẳng chân, vùng lưng, đỉnh đầu, vành tai, sưng nề trán, mi mắt; sốt (14,1%); có 6,5% trẻ nam với biểu hiện sưng đau vùng bìu. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Minh Hương (2013) ghi nhận tỷ lệ tổn thương khớp là 57,5%; 7,9% trẻ nam có biểu hiện sưng đau vùng bìu; sưng nề vùng lưng (4 bệnh nhân) [6].

Triệu chứng lâm sàng của tổn thương thận chỉ chiếm 2,2%, chủ yếu là tăng huyết áp, không có bệnh nhân nào có triệu chứng phù hay đái máu đại thể. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của một số tác giả khác như Phan Hùng Việt (2020) là 9,8% [12], Phạm Văn Đếm (2020) là 18% [8]. Tuy nhiên, tổn thương thận trong HSP thường không biểu hiện ở triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán chủ yếu dựa vào kết quả cận lâm sàng, do vậy xét nghiệm nước tiểu là bắt buộc đối với tất cả các bệnh nhân HSP.

Nghiên cứu này cho thấy ban da thường kết hợp với tổn thương tiêu hóa và khớp với tỷ lệ cao nhất là 60,9%; ban da kết hợp với khớp là 3,3%, ban da và tiêu hóa chiếm 26,1%; 2,2% bệnh nhân có biểu hiện kết hợp cả 4 cơ quan da, khớp, tiêu hóa, thận. Tương tự với nghiên cứu của Lê Thị Minh Hương (2013) chỉ ra rằng ban da kết hợp với tiêu hóa là 24,1%; ban da và khớp chiếm 26,1%; ban da kết hợp tiêu hóa và khớp là 22,6%, tổn thương cả 4 cơ quan là 1,5% [6]. Như vậy, tổn thương các cơ quan trong HSP thường đa dạng, phối hợp nhiều cơ quan, đặc biệt là khi có tổn thương da điển hình, điều này giúp ích rất nhiều trong việc chẩn đoán, đề nghị đến và phát hiện bệnh hơn.

### 4.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Trong nghiên cứu này, đa số bệnh nhân HSP có số lượng bạch cầu và CRP tăng với tỷ lệ lần lượt là 72,8% và 53,3%. Tỷ lệ thiếu máu là 5,4%, không có bệnh nhân HSP nào có số lượng tiểu cầu giảm hay có biểu hiện ure, creatinin tăng. Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Phan Hùng Việt (2020) ghi nhận số lượng bạch cầu và đa nhân trung tính tăng là 60,8% và 66,7%; 17,6% trẻ có thiếu máu, không có bệnh nhân nào có giảm tiểu cầu [12].

Xét nghiệm nước tiểu: Có 47,8% bệnh nhân HSP có bất thường nước tiểu với protein/creatinin niệu > 20 mg/mmol, trong đó có 9,8% được xác định là tổn thương thận. Trong đó chỉ có 1,1% bệnh nhân có hồng cầu niệu  $\geq 2+$ . Không có bệnh nhân nào có kết quả xét nghiệm nước tiểu ở ngưỡng thận hư. Chúng tôi dùng chỉ số protein/creatinin niệu một mẫu vào buổi sáng > 30 mg/mmol hoặc hồng cầu niệu  $\geq 2+$  thì bệnh nhân đó được xác định là có tổn thương thận. Kết quả này thấp hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Dương (2022) với tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương thận là 27% [7]. Điều này có thể do nghiên cứu của chúng tôi chỉ cắt ngang tại một thời điểm, còn tổn thương thận thường xảy ra muộn hơn sau khi khởi phát bệnh.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ NLR và tỷ lệ PLR tăng có liên quan đến xuất huyết tiêu hóa. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Makay và cộng sự (2014) cho thấy NLR cao hơn đáng kể ở bệnh nhân HSP bị xuất huyết tiêu hóa so với những bệnh nhân không bị xuất huyết tiêu hóa với  $p < 0,05$  [13]. Nghiên cứu của Gayret và cộng sự (2016) ghi nhận PLR tăng đáng kể ở trẻ em bị xuất huyết tiêu hóa [14]. Như vậy, tỷ lệ NLR và PLR có thể là những yếu tố để dự đoán nguy cơ xuất huyết tiêu hóa ở trẻ bị HSP.

## 5. Kết luận

Tỷ lệ trẻ mắc HSP tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2022-2023 là 92 trẻ với tuổi trung bình là  $7,24 \pm 2,55$  tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 1,8/1.

Các triệu chứng lâm sàng hay gặp: Ban xuất huyết (100%), tổn thương đường tiêu hoá (94,6%), đau sưng khớp (68,5%). Bệnh thường biểu hiện tổn thương phối hợp nhiều cơ quan như da, khớp, tiêu hoá, thận.

Cận lâm sàng: Số lượng bạch cầu tăng chiếm 72,8%; bạch cầu đa nhân trung tính tăng chiếm 60,8%; CRP tăng chiếm 53,3%; hồng cầu niệu dương tính  $\geq 2+$  gặp ở 1,1%; 8,7% trẻ có protein/creatinin niệu  $> 30$  mg/mmol. Xét nghiệm nước tiểu là cần thiết để đánh giá tình trạng tổn thương thận. Có mối liên quan giữa tỷ lệ NLR và PLR với xuất huyết tiêu hóa.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO/ REFERENCES

- [1] C. H. Sunderkotter, B. Zelger, K. R. Chen *et al.*, "Nomenclature of Cutaneous Vasculitis: Dermatologic Addendum to the 2012 Revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides," *Arthritis Rheumatol*, vol. 70, no. 2, pp. 171-184, 2018.
- [2] S. Ozen, N. Ruperto, A. Pistorio *et al.*, "EULAR/PRINTO/PRES criteria for Henoch-Schönlein purpura, childhood polyarteritis nodosa, childhood Wegener granulomatosis and childhood Takayasu arteritis: Ankara 2008. Part II: Final classification criteria," *Ann Rheum Dis*, vol. 69, no. 5, pp. 798-806, 2010.
- [3] J. Gardner-Medwin, P. Dolezalova, C. Cummins, and T. Southwood, "Incidence of Henoch-Schönlein purpura, Kawasaki disease, and rare vasculitides in children of different ethnic origins," *Lancet*, vol. 360, no. 9341, pp. 1197-1202, 2002.
- [4] M. Piram, C. Maldini, S. Biscardi *et al.*, "Incidence of IgA vasculitis in children estimated by four-source capture-recapture analysis: a population-based study," *Rheumatology (Oxford)*, vol. 56, no. 8, pp. 1358-1366, 2017.
- [5] J. O. Shim, K. Han, S. Kim *et al.*, "Ten-year Nationwide Population-based Survey on the Characteristics of Children with Henoch-Schönlein Purpura in Korea," *J Korean Med Sci*, vol. 33, no. 25, pp. 1-10, 2018.
- [6] T. M. H. Le and T. H. Thuc, "Study on clinical and subclinical features of Schölein - henoch purpura in children at the Vietnam," (in Vietnamese), *Journal of practical medicine*, vol. 874, no. 6, pp. 91-94, 2013.
- [7] V. D. Nguyen and T. D. T. Nguyen, "The progress of schölein - henoch purpura in children at the vietnam national children's hospital," *Vietnam Medical Journal*, vol. 518, no. 2, pp. 320-323, 2022.
- [8] V. D. Pham, "Henoch-Schonlein Purpura in Children at Department of Pediatric, Bach Mai Hospital," *VNU Journal of Science: Medical and Pharmaceutical Sciences*, vol. 36, no. 1, pp. 91-97, 2020.
- [9] Y. H. Lee, Y. B. Kim, and J. W. Koo, "Henoch-Schonlein Purpura in Children Hospitalized at a Tertiary Hospital during 2004-2015 in Korea: Epidemiology and Clinical Management," *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*, vol. 19, no. 3, pp. 175-185, 2016.
- [10] H. H. Hwang, I. S. Lim, B. S. Choi *et al.*, "Analysis of seasonal tendencies in pediatric Henoch-Schönlein purpura and comparison with outbreak of infectious diseases," *Medicine (Baltimore)*, vol. 97, no. 36, pp. 1-9, 2018.
- [11] O. Chen, X. Zhu, P. Ren *et al.*, "Henoch Schonlein Purpura in children: clinical analysis of 120 cases," *Afr Health Sci*, vol. 13, no. 1, pp. 94-99, 2013.
- [12] H. V. Phan, K. H. Tran, and D. T. Nguyen, "Study on clinical and subclinical features of henoch-schönlein purpura in children," *Journal of clinical medicine*, no. 60, pp. 31-39, 2020.
- [13] O. B. Gayret, M. Erol, and H. T. Nacaroglu, "The Relationship of Neutrophil-Lymphocyte Ratio and Platelet-Lymphocyte Ratio with Gastrointestinal Bleeding in Henoch-Schonlein Purpura," *Iran J Pediatr*, vol. 26, no. 5, pp. 1-6, 2016.
- [14] B. Makay, O. A. Gucenmez, M. Duman *et al.*, "The relationship of neutrophil-to-lymphocyte ratio with gastrointestinal bleeding in Henoch-Schonlein purpura," *Rheumatol Int*, vol. 34, no. 9, pp. 1323-1327, 2014.