

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN XƠ CỨNG BÌ HỆ THỐNG  
TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG TỪ NĂM 2013 ĐẾN 2023**

*Trịnh Thị Linh<sup>1</sup>, Đặng Thị Lương<sup>1</sup>, Trần Sơn Tùng<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Hà Vinh<sup>1,2</sup>, Hoàng Thị Phương<sup>1</sup>,  
Lê Hữu Doanh<sup>1,2\*</sup>*

<sup>1</sup> *Bệnh viện Da liễu Trung ương*

<sup>2</sup> *Trường Đại học Y Hà Nội*

*\* Tác giả liên hệ: Lê Hữu Doanh; email: [lehuudoanh@hmu.edu.vn](mailto:lehuudoanh@hmu.edu.vn)*

*Ngày nhận bài: 06/8/2025*

*Ngày phản biện: 25/8/2025*

*Ngày chấp nhận đăng: 26/8/2025*

*DOI: 10.56320/tcdllhvn.51.317*

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh xơ cứng bì hệ thống tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ năm 2013 đến 2023.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu tiến hành trên 560 bệnh án được chẩn đoán xơ cứng bì hệ thống theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2013 tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ năm 2013 đến năm 2023.

**Kết quả:** Xơ cứng bì thể lan tỏa chiếm ưu thế với 75%, trong khi thể giới hạn chiếm 25%. Tổn thương phổi kẽ được ghi nhận ở 67,3% bệnh nhân, với giảm FVC < 70% ở 37,8% bệnh nhân, 45,5% bệnh nhân có tăng áp lực động mạch phổi. Tỷ lệ bệnh nhân có dương tính với ANA là 92,4% trong đó mức độ dương tính 3+ chiếm 38%, 60,2% bệnh nhân có tự kháng thể Anti topoisomerase I. Corticosteroid toàn thân, bosentan và azathioprin là những thuốc được sử dụng nhiều trong quản lý xơ cứng bì hệ thống tại Bệnh viện Da liễu Trung ương giai đoạn 2013-2023.

**Kết luận:** Nghiên cứu đã cung cấp tổng quát về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh xơ cứng bì hệ thống tại Bệnh viện Da liễu Trung Ương giai đoạn 2013-2023. Kết quả này có thể giúp cải thiện quy trình chẩn đoán và điều trị, đồng thời làm cơ sở cho các nghiên cứu tiếp theo về bệnh lý này tại Việt Nam.



## **1. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Xơ cứng bì hệ thống là một bệnh mô liên kết mạn tính hiếm gặp, đặc trưng bởi xơ hóa tiến triển ở da và các cơ quan nội tạng, bệnh lý mạch máu với sự sản sinh các tự kháng thể đặc hiệu của bệnh. Cơ chế bệnh sinh bao gồm tổn thương vi mạch, rối loạn điều hòa hệ thống miễn dịch và lắng đọng quá mức chất nền ngoại bào, đặc biệt là collagen, dẫn đến xơ hóa mô và rối loạn chức năng cơ quan. Bệnh thường ảnh hưởng đến phụ nữ và thường biểu hiện ở độ tuổi từ 30 đến 50<sup>1</sup>. Cơ chế bệnh sinh rất phức tạp, bao gồm rối loạn chức năng nội mô, viêm mạn tính và hoạt hóa nguyên bào sợi, dẫn đến xơ hóa tiến triển. Về mặt lâm sàng, bệnh được phân loại thành 2 nhóm chính: thể giới hạn và thể lan tỏa. Hiện tượng Raynaud, loét ngón tay và chứng xơ cứng ngón tay là những triệu chứng sớm phổ biến. Bệnh có thể gây tổn thương các cơ quan nội tạng như phổi (bệnh phổi kẽ, tăng áp động mạch phổi), đường tiêu hóa, tim và thận<sup>2</sup>. Các kháng thể như: kháng thể kháng centromere, kháng thể kháng topoisomerase I, có liên quan đến các kiểu hình lâm sàng cụ thể và giúp tiên lượng sự ảnh hưởng của các cơ quan và diễn biến bệnh<sup>1</sup>. Việc phát hiện bệnh sớm và quản lý đa chuyên khoa giúp nâng cao hiệu quả điều trị, giảm tỉ lệ tử vong.

Hiện nay vẫn còn thiếu hụt các nghiên cứu khảo sát về bệnh xơ cứng bì hệ thống tại Việt Nam nên chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh tại Bệnh viện Da liễu Trung ương trong khoảng thời gian từ năm 2013 đến năm 2023. Kết quả nghiên cứu sẽ cung cấp cái nhìn tổng quát về đặc điểm bệnh xơ cứng bì hệ thống tại Việt Nam.

## **2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **2.1. Đối tượng nghiên cứu**

Đối tượng nghiên cứu bao gồm tất cả bệnh án được chẩn đoán mắc bệnh xơ cứng bì hệ thống theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội nghị ACR/EULAR 2013 tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ 2013 đến 2023, Bệnh nhân được chọn lọc dựa trên các tiêu chí sau:

- Đối tượng: Bệnh án được chẩn đoán xác định về bệnh xơ cứng bì hệ thống.
- Tiêu chí loại trừ: Có bệnh lý da liễu khác gây ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu, bệnh án thiếu các thông tin cần thu thập.

### **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- Phương pháp thu thập dữ liệu: Dữ liệu sẽ được thu thập thông qua hồ sơ bệnh án và các kết quả cận lâm sàng, Các thông tin cần thu thập bao gồm:
  - + Thông tin nhân khẩu học (tuổi, giới tính, nghề nghiệp, tiền sử bệnh lý).
  - + Các triệu chứng lâm sàng : da, mạch máu, hô hấp, tiêu hóa (loét ngón, trào ngược dạ dày thực quản, khó thở...
  - + Các kết quả cận lâm sàng (chức năng hô hấp, xét nghiệm miễn dịch, hình ảnh học như HCRT, áp lực động mạch phổi đo trên siêu âm tim, FVC, ANA, anti Scl-70).
  - + Xơ phổi kẽ được chẩn đoán dựa trên triệu chứng lâm sàng gồm ho khan, khó thở khi gắng sức, kết hợp với kết quả chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao có hình ảnh điển hình của xơ phổi kẽ do bệnh tự miễn.
  - + RLTK hạn chế (rối loạn thông khí hạn chế) được chẩn đoán dựa trên triệu chứng lâm sàng khó thở khi gắng sức và kết quả đo chức năng hô hấp có FVC<70%.
  - + Tăng áp động mạch phổi được chẩn đoán dựa trên siêu âm tim qua thành ngực với giá trị áp lực động mạch phổi ước tính  $\geq 35\text{mmHg}$ .
  - + Số lượng bệnh nhân được khám , quản lý tại phòng khám chuyên đề hàng năm.

### ***Xử lý số liệu***

Xử lý số liệu theo phần mềm SPSS 25.0. Các biến số được thể hiện dưới dạng trung bình  $\pm$  SD, độ lệch, trung vị, giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất, tỷ lệ phần trăm, tần số. Các test thống kê được sử dụng để so sánh hai trung bình: t-test cho các biến có phân bố chuẩn, các test phi tham số (Wilcoxon và Mann-Whitney U hay Rank sum test) cho các biến không có phân bố chuẩn. Đối với biến định tính sử dụng kiểm định Fisher's exact test hoặc Chi bình phương test. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị  $p < 0,05$ .

### **2.3. Đạo đức nghiên cứu**



*Tạp chí Da liễu học Việt Nam số 51 – Bài Nghiên cứu khoa học*

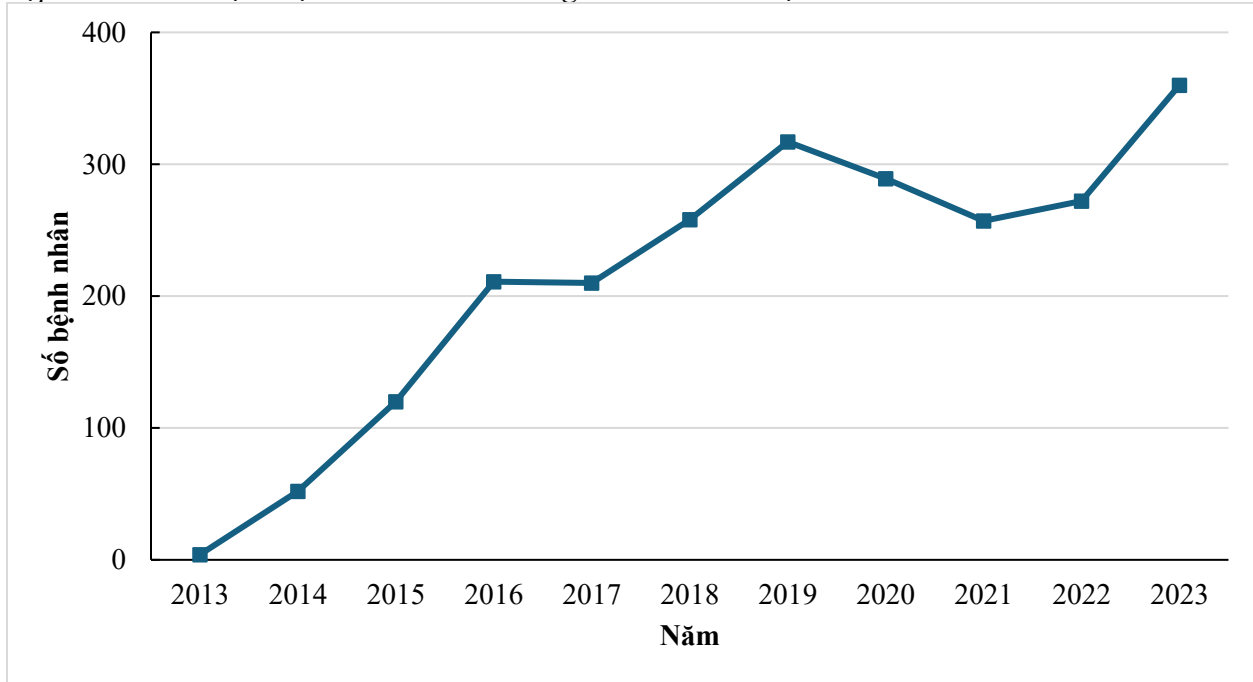
Nghiên cứu viên đảm bảo thực hiện quy trình phù hợp với tuyên ngôn Helsinki về đạo đức trong nghiên cứu. Thông tin cá nhân của bệnh nhân được giữ kín. Nghiên cứu này đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức – Bệnh viện Da liễu Trung ương.

### 3. KẾT QUẢ

**Bảng 1. Đặc điểm của các đối tượng nghiên cứu (N=560)**

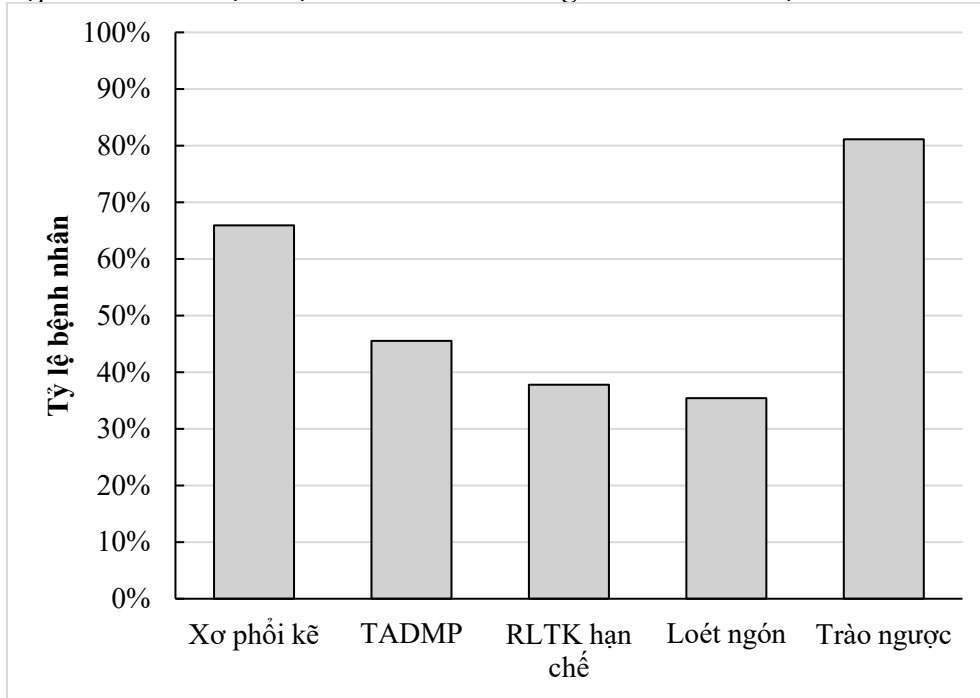
Đặc điểm	n (%)	Trung bình (SD)
<i>Giới</i>		
Nữ	399 (71,3)	
Nam	161 (28,7)	
<i>Tuổi (năm)</i>		52,4 ± 14,6
Dưới 20 tuổi	17 (3,0)	
Từ 21-40 tuổi	100 (17,9)	
Từ 41-60 tuổi	273 (48,7)	
Trên 60 tuổi	170 (30,4)	
<i>Thể bệnh</i>		
Thể da giới hạn	140 (25,0)	
Thể da lan toả	420 (75,0)	

Đặc điểm nhân khẩu học được mô tả trong Bảng 1. Có tất cả 560 bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống được chẩn đoán và quản lý tại Bệnh viện Da liễu Trung ương giai đoạn 2013-2023, trong đó nữ chiếm tỷ lệ vượt trội với 71,3%, so với nam là 28,7%. Tuổi trung bình là 52,4 ± 14,6, trong đó nhóm từ 41-60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất: 48,7%. Đa phần bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống là thể da lan toả (75%).



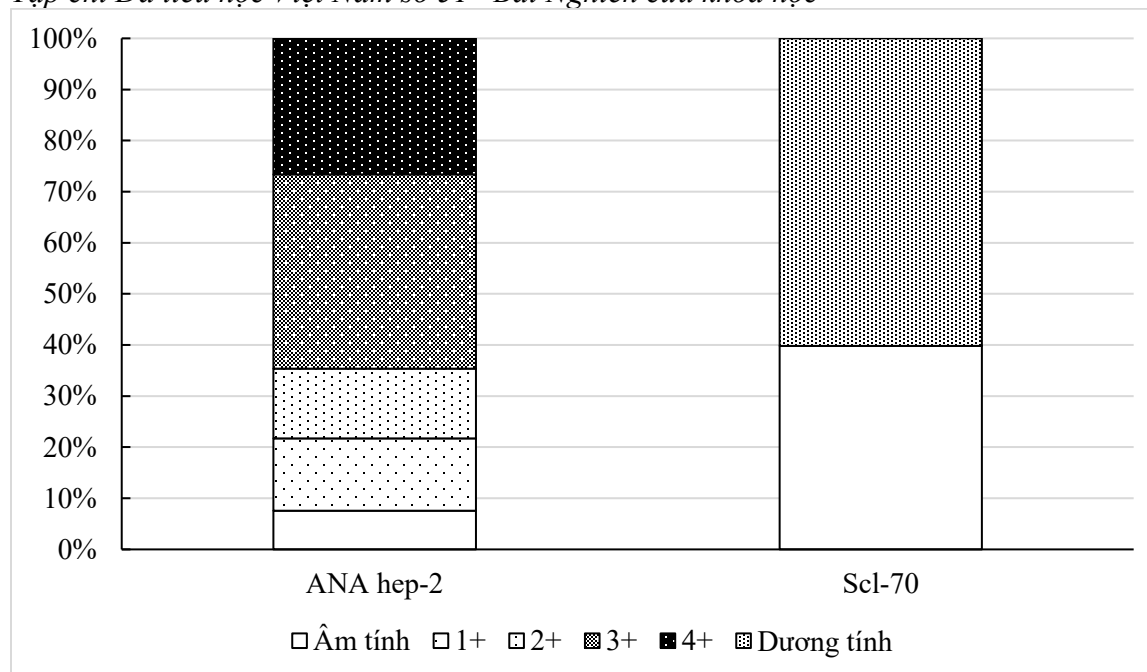
**Biểu đồ 1. Số lượng bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống được quản lý thường xuyên tại Phòng khám chuyên đề bệnh tự miễn – Bệnh viện Da liễu Trung ương giai đoạn 2013-2023**

Số lượng bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống quản lý tại Phòng khám chuyên đề bệnh tự miễn - Bệnh viện Da liễu Trung ương nhìn chung tăng dần theo thời gian và mỗi năm đều chẩn đoán và điều trị cho nhiều bệnh nhân mới. Cao nhất vào năm 2023 với 360 bệnh nhân được quản lý thường xuyên và 91 bệnh nhân mới.



**Biểu đồ 2. Đặc điểm tổn thương cơ quan của bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống**

Đa số bệnh nhân có trào ngược dạ dày thực quản (81,1%), tổn thương phổi kẽ (65,9%) và tăng áp động mạch phổi (45,1%).



### Biểu đồ 3. Đặc điểm của tự kháng thể trong bệnh xơ cứng bì hệ thống

Tỷ lệ tự kháng thể ANA dương tính: 92,4%, trong đó chủ yếu dương tính 3+ (38%). Tỷ lệ phát hiện tự kháng thể Scl70 trên bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống là 60,2%.

### Bảng 2. Sự khác biệt về lâm sàng và cận lâm sàng dựa trên phân loại tổn thương da

Đặc điểm	XCBTT giới hạn (n=140)	XCBTT lan tỏa (n=420)	p	OR (95%CI)
Xơ phổi kẽ	65 (71,6)	216 (64,5)	0,21	0,72 (0,43-1,20)
TALĐMP	36 (45,0)	139 (45,6)	0,65	1,01 (0,98-1,04)
RLTK hạn chế	24 (34,8)	107 (39,5)	0,93	1,02 (0,62-1,67)
Loét ngón	46 (32,9)	152 (36,2)	0,48	1,16 (0,77-1,74)
Trào ngược	106 (75,7)	348 (82,9)	0,063	1,55 (0,98-2,46)
ANA hep-2	52 (88,1)	191 (93,6)	<b>0,036</b>	<b>1,27 (1,02-1,61)</b>
Anti Scl-70	23 (46,0)	125 (63,8)	<b>0,023</b>	<b>2,07 (1,10-3,87)</b>

Phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy rằng bệnh nhân xơ cứng bì có ANA hep-2 và anti Scl-70 dương tính có nguy cơ biểu hiện tổn thương xa lan tỏa cao hơn gấp 1,27 và 2,07 lần ( $p < 0,05$ ). Kết quả cho thấy không có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ tổn thương da và các tổn thương cơ quan khác như bệnh phổi kẽ, tăng áp lực động mạch phổi, rối loạn thông khí hạn chế, loét ngón hay trào ngược dạ dày thực quản.

**Bảng 3. Liệu pháp điều trị xơ cứng bì hệ thống theo tổn thương cơ quan**

Thuốc	Nhóm bệnh nhân			
	n (%)			
	Tất cả (N=560)	FVC<70% (N=131)	Tổn thương phổi kẽ (N=279)	Loét ngón (N=198)
Cyclophosphamid	28 (5,0)	21 (16,0)		
Mycophenolate mofetil	45 (8,0)	22 (16,8)	29 (10,4)	
Azathioprin	139 (24,8)		90 (32,3)	
Bosentan	217 (38,8)			120 (60,6)
Iloprost	31 (5,5)			26 (13,1)
Corticosteroid toàn thân	558 (99,6)			

Corticoid là thuốc được sử dụng nhiều nhất, chiếm 99,6%, sau đó đến bosentan (38,8%) và azathioprin (24,8%).

#### 4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh xơ cứng bì hệ thống (SSc) chủ yếu ảnh hưởng đến nữ giới, chiếm 71,3%, cao hơn nhiều so với nam giới (28,7%), tỉ lệ nữ/nam là 2,5. Nhóm tuổi hay mắc xơ cứng bì nhất là 41-60 tuổi, Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu quốc tế trước đây đã chỉ ra rằng SSc phổ biến hơn ở nữ giới với tỉ lệ nữ/nam xấp xỉ 3:1- 8<sup>3</sup>. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc bệnh ở nữ cũng được ghi nhận cao hơn trong một số nghiên cứu trước đây như của tác giả Vũ Thu Phương thống kê có 83,7% bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống là nữ<sup>4</sup>. Trong bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống, nghiên cứu này ghi nhận 25% bệnh nhân mắc thể giới hạn và 75%

*Tạp chí Da liễu học Việt Nam số 51– Bài Nghiên cứu khoa học*

mắc thể lan toả. Tỷ lệ của các thể bệnh khác nhau giữa vùng địa lý và chủng tộc nhưng thể giới hạn thường chiếm ưu thế<sup>1</sup>. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi thể da lan toả lại chiếm tỷ lệ cao hơn. Kết quả này cũng phù hợp với một số nghiên cứu khác về xơ cứng bì hệ tại bệnh viện Da liễu TW như tác giả Vũ Thu Phương ghi nhận thể lan toả chiếm 54,9%, tác giả Vũ Nguyệt Minh ghi nhận 65,6% thể lan toả<sup>4</sup>. Sự khác biệt này có thể do bệnh viện Da liễu TW là tuyến cuối cùng, chuyên điều trị bệnh xơ cứng bì hệ thống mức độ nặng nên thể lan toả chiếm tỷ lệ ưu thế hơn.

Về đặc điểm tổn thương các cơ quan nội tạng, đa số bệnh nhân có trào ngược dạ dày thực quản (81,1%), tổn thương phổi kẽ (65,9%) và tăng áp động mạch phổi (45,5%). Tổn thương phổi là một trong những biến chứng nghiêm trọng nhất của SSc. Tổn thương phổi kẽ có thể được phát hiện qua phim Xquang ngực hoặc phim chụp cắt lớp độ phân giải cao. Hệ tiêu hoá là cơ quan bị ảnh hưởng nhiều nhất, khoảng 90% bệnh nhân xơ cứng bì có tổn thương đường tiêu hoá. Bất kỳ phần nào của hệ tiêu hoá cũng có thể bị ảnh hưởng nhưng thực quản thường bị ảnh hưởng nhiều nhất với các triệu chứng rối loạn vận động thực quản như trào ngược, nuốt khó. Tổn thương đường tiêu hoá làm giảm chất lượng cuộc sống và tăng nguy cơ suy dinh dưỡng cho bệnh nhân<sup>5</sup>. Tổn thương phổi là nguyên nhân tử vong hàng đầu, chủ yếu là bệnh phổi kẽ và tăng áp động mạch phổi. Tổn thương phổi kẽ gặp ở khoảng 40% bệnh nhân, tăng áp lực động mạch phổi gặp 10-40%<sup>2</sup>. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ bệnh nhân thể lan toả cao hơn nên tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương phổi cũng cao hơn các nghiên cứu khác. Ngoài ra, trong nghiên cứu của chúng tôi, giảm FVC dưới 70% gặp ở 37,8% bệnh nhân. Hướng dẫn của hội thấp khớp học Mỹ nhấn mạnh rằng FVC <70% là tiêu chí đánh giá mức độ nặng của tổn thương phổi trong xơ cứng bì hệ thống và là yếu tố tiên lượng xấu. Tỷ lệ này dao động khoảng 30-50% tùy theo các nghiên cứu trên thế giới<sup>6</sup>. Khoảng 45–50% bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống từng có loét đầu chi trong quá trình bệnh, và đây là một biến chứng mạch máu quan trọng, liên quan đến tiên lượng và chất lượng sống của bệnh nhân<sup>7</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ loét ngón thấp hơn (35,4%) có thể do Việt Nam có khí hậu nóng. Nhiệt độ môi trường thấp có liên quan đến tăng mức độ nặng của hiện tượng Raynaud, vốn là yếu tố nguy cơ chính dẫn đến loét ngón ở bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống.

Trong nghiên cứu này, 92% các bệnh nhân đều có sự hiện diện của ANA (Anti-Nuclear Antibodies) khi xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang, trong đó mức độ dương tính 3+ chiếm tỷ lệ cao nhất (38%). ANA là một trong những dấu ấn sinh học chính được sử dụng để phát hiện các bệnh tự miễn. Kháng thể kháng nhân (ANA) có mặt ở 90–95% bệnh nhân mắc bệnh xơ cứng bì

*Tạp chí Da liễu học Việt Nam số 51– Bài Nghiên cứu khoa học*  
thông với các hình thái lắng đọng khác nhau góp phần tiên lượng biểu hiện lâm sàng và tổn thương cơ quan<sup>8</sup>. Sự hiện diện tự kháng thể anti- topoisomerase I (Scl-70) ở 60,2% bệnh nhân trong nghiên cứu này củng cố mối liên hệ mạnh mẽ giữa tự kháng thể này và thể lan tỏa của bệnh SSc. Anti-Scl-70 rất đặc hiệu trong xơ cứng bì hệ thống, được đưa vào tiêu chuẩn chẩn đoán của bệnh. Nó thường liên quan chặt chẽ với tiên lượng nguy cơ mắc tổn thương phổi kẽ nặng<sup>9</sup>. Một số kháng thể khác như anti-centromere, anti-RNA-Polymerase III cũng có giá trị giúp chẩn đoán và tiên lượng trong bệnh xơ cứng bì hệ thống nhưng trước đây Bệnh viện Da liễu TW chưa thực hiện được các xét nghiệm này nên chưa có kết quả thống kê.

Corticoid là thuốc được sử dụng nhiều nhất, chiếm 99,6%, sau đó đến bosentan (38,8%) và azathioprin (24,8%). Đa phần bệnh nhân đến khám ở giai đoạn đầu của bệnh, có triệu chứng viêm, sưng nề nên đều được sử dụng corticoid liều thấp. Corticosteroid không được khuyến cáo sử dụng cho xơ hóa da hoặc các cơ quan nội tạng. Trước đây, tại Bệnh viện Da liễu TW, azathioprin được sử dụng nhiều để điều trị tổn thương phổi kẽ. Điều này khác với hướng dẫn điều trị hiện nay, khi MMF được khuyến cáo mạnh nhất để điều trị xơ phổi. Tuy nhiên ở Việt Nam, điều kiện kinh tế của người bệnh còn hạn chế, khó tiếp cận với MMF vì giá thành còn cao, cyclophosphamid truyền thì cần phải nhập viện để điều trị nên ít bệnh nhân đồng ý sử dụng (5%). Nhóm bệnh nhân truyền cyclophosphamid chủ yếu là bệnh nhân có rối loạn thông khí nặng ( $FVC < 70\%$ ), 37,8% bệnh nhân được dùng bosentan để điều trị loét ngón, tăng áp động mạch phổi trong xơ cứng bì.

Số lượng bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống quản lý tại Bệnh viện Da liễu TW nhìn chung tăng dần theo thời gian và mỗi năm đều chẩn đoán và điều trị cho nhiều bệnh nhân mới. Cao nhất vào năm 2023 với 360 bệnh nhân được quản lý thường xuyên và 91 bệnh nhân mới. Số lượng bệnh nhân có giám tạm thời vào thời gian 2010-2022 là do đại dịch Covid gây giãn cách xã hội. Điều này cho thấy việc điều trị và quản lý bệnh lý xơ cứng bì nói riêng và bệnh lý tự miễn nói chung của Bệnh viện Da liễu Trung ương rất hiệu quả.

## **5. KẾT LUẬN**

Kết quả của chúng tôi cho thấy bệnh nhân xơ cứng bì chủ yếu gặp ở nữ (nữ/nam ~3/1), thể lan tỏa (75%), với tổn thương cơ quan thường gặp nhất ở hệ hô hấp và tiêu hóa. Corticosteroids toàn thân là liệu pháp điều trị phổ biến nhất (~100%), cùng với các liệu pháp ức chế miễn dịch theo tổn thương cơ quan. Các phát hiện này có thể đóng góp cho việc cải thiện quy trình chẩn đoán

*Tạp chí Da liễu học Việt Nam số 51– Bài Nghiên cứu khoa học*  
và điều trị bệnh xơ cứng bì hệ thống tại Việt Nam, đồng thời là cơ sở cho các nghiên cứu tiếp theo trong tương lai.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Jerjen R, Nikpour M, Krieg T, Denton CP, Saracino AM, Systemic sclerosis in adults, Part I: Clinical features and pathogenesis, *J Am Acad Dermatol*, 2022;87(5):937-954, doi:10.1016/j.jaad,2021,10,065
2. Lescoat A, Huang S, Carreira PE, et al, Cutaneous Manifestations, Clinical Characteristics, and Prognosis of Patients With Systemic Sclerosis Sine Scleroderma: Data From the International EUSTAR Database, *JAMA Dermatol*, 2023;159(8):837-847, doi:10.1001/jamadermatol,2023,1729
3. Peoples C, Medsger TA, Lucas M, Rosario BL, Feghali-Bostwick CA, Gender differences in systemic sclerosis: relationship to clinical features, serologic status and outcomes, *J Scleroderma Relat Disord*, 2016;1(2):177-240, doi:10.5301/jsrd,5000209
4. Phương VT, Doanh LH, Phượng HT, Linh TT, Vân HTH, Mai BT, ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN XƠ CỨNG BÌ HỆ THỐNG TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG, *Tạp Chí Học Việt Nam*, 2025;546(1), doi:10.51298/vmj,v546i1,12549
5. Shreiner AB, Murray C, Denton C, Khanna D, Gastrointestinal Manifestations of Systemic Sclerosis, *J Scleroderma Relat Disord*, 2016;1(3):247-256, doi:10.5301/jsrd,5000214
6. Asano Y, Jinnin M, Kawaguchi Y, et al, Diagnostic criteria, severity classification and guidelines of systemic sclerosis, *J Dermatol*, 2018;45(6):633-691, doi:10.1111/1346-8138,14162
7. Morrisroe K, Stevens W, Sahhar J, et al, Digital ulcers in systemic sclerosis: their epidemiology, clinical characteristics, and associated clinical and economic burden, *Arthritis Res Ther*, 2019;21(1):299, doi:10.1186/s13075-019-2080-y
8. Stochmal A, Czuwara J, Trojanowska M, Rudnicka L, Antinuclear Antibodies in Systemic Sclerosis: an Update, *Clin Rev Allergy Immunol*, 2020;58(1):40-51, doi:10.1007/s12016-018-8718-8

9. Reveille JD, Solomon DH, American College of Rheumatology Ad Hoc Committee of

Immunologic Testing Guidelines, Evidence-based guidelines for the use of immunologic tests: anticentromere, Scl-70, and nucleolar antibodies, *Arthritis Rheum*, 2003;49(3):399-412, doi:10.1002/art.11113

## SUMMARY

*Original research*

### CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF SYSTEMIC SCLEROSIS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY FROM 2013 TO 2023

**Authors:** Linh T. Trinh, MD<sup>1</sup>, Luong T. Dang, MD<sup>1</sup>, Tung S. Tran, MD<sup>2</sup>, Vinh T.H. Nguyen, MD<sup>1,2</sup>, Phuong T. Hoang, MD<sup>1</sup>, Doanh H. Le, MD, PhD<sup>1,2\*</sup>

<sup>1</sup> *National Hospital of Dermatology and Venereology, Hanoi, Vietnam*

<sup>2</sup> *Hanoi Medical University, Hanoi, Vietnam*

*\*Corresponding author: Doanh H. Le, MD, PhD*

*Email: [lehuudoanh@hmu.edu.vn](mailto:lehuudoanh@hmu.edu.vn)*

## ABSTRACT

**Objective:** This study aimed to describe the clinical and laboratory characteristics of patients with systemic sclerosis (SSc) who were managed at the National Hospital of Dermatology and Venereology between 2013 and 2023.

**Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 560 patients diagnosed with systemic sclerosis based on the 2013 ACR/EULAR criteria at the National Hospital of Dermatology and Venereology from 2013 to 2023.

**Results:** Among 560 patients, the diffuse cutaneous systemic sclerosis predominated (75%), while the limited cutaneous systemic sclerosis accounted for 25%. Interstitial lung disease was observed in 67.3% of patients, with 37.8% showing FVC <70%. Pulmonary arterial hypertension was involved in 45.5% of patients, ANA exhibited positive in 92.4% of patients, with 3+ titers accounting for 38%. Anti-topoisomerase I autoantibodies were detected in 60.2% of patients,

Oral corticosteroid, azathioprine and Bosentan were the most commonly used medications for systemic sclerosis treatment at the hospital during 2013–2023.

**Conclusions:** Our study provides an overview of the clinical and laboratory features of patients with SSc at the National Hospital of Dermatology and Venereology over the 2013–2023 period, These findings may help improve diagnostic and treatment processes and serve as a basis for further research on this disease across the country.

**Keywords:** *systemic sclerosis; ANA; Scl-70; National Hospital of Dermatology and Venereology.*