



SO SÁNH ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG DA VÀ CƠ QUAN GIỮA TRẺ EM VÀ NGƯỜI LỚN MẮC VIÊM MẠCH IgA

Nguyễn Thị Thanh Hoa¹, Phạm Thị Lan^{1,2}, Bùi Thị Phương Minh², Nguyễn Mậu Tráng², Trần Thị Thanh Tâm², Trần Thị Linh², Lê Hữu Doanh^{1,2}, Vũ Huy Lượng^{1,2,*}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Da liễu Trung ương

*Tác giả liên hệ: Vũ Huy Lượng, email: vuhuyluong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 02/7/2026

Ngày phản biện: 11/8/2026

Ngày chấp nhận đăng: 24/8/2026

DOI: 10.56320/tcdllhvn.online.344

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh đặc điểm tổn thương da và tổn thương cơ quan giữa trẻ em và người lớn mắc viêm mạch IgA tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 134 bệnh nhân viêm mạch IgA tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 8/2025 đến tháng 6/2026. Bệnh nhân được chia thành hai nhóm: người lớn ≥ 18 tuổi và trẻ em < 18 tuổi. Đặc điểm tổn thương da, cơ quan và một số xét nghiệm cận lâm sàng được ghi nhận và so sánh giữa hai nhóm.

Kết quả: Nghiên cứu gồm 75 người lớn và 59 trẻ em; tuổi trung vị là 19 tuổi (12–34), nữ giới chiếm 64,2%. Nhiễm khuẩn hô hấp trên là yếu tố khởi phát/liên quan thường gặp nhất (41,8%). Tổn thương da gặp ở tất cả bệnh nhân, với người lớn có tỷ lệ tổn thương lan lên đùi cao hơn trẻ em (77,3% so với 54,2%; $p = 0,005$), trong khi mảng xuất huyết gặp nhiều hơn ở trẻ em (18,6% so với 6,7%; $p = 0,034$). Tổn thương khớp là biểu hiện cơ quan thường gặp nhất (32,8%), và gặp nhiều hơn ở trẻ em so với người lớn (42,4% so với 25,3%; $p = 0,037$). Trong phân tích hồi quy logistic đa biến, tiền sử nhiễm khuẩn hô hấp trên liên quan với tổn thương khớp (OR = 2,425; KTC 95%: 1,042–5,643; $p = 0,040$), trong khi nhóm tuổi không còn có ý nghĩa thống kê (OR = 2,012; KTC 95%: 0,940–4,308; $p = 0,072$). Tỷ lệ tổn thương thận tương đương giữa hai nhóm, nhưng phối hợp protein niệu và hồng cầu niệu gặp nhiều hơn ở người lớn (14,7% so với 3,4%; $p = 0,038$). Lắng đọng IgA tại thành mạch trên miễn dịch huỳnh quang trực tiếp được ghi nhận ở 89,6% bệnh nhân.

Kết luận: Viêm mạch IgA có một số khác biệt về tổn thương da và tổn thương cơ quan giữa trẻ em và người lớn. Cần đánh giá đồng thời tổn thương da và tổn thương cơ quan trong chẩn đoán và theo dõi bệnh nhân.

Từ khóa: ban xuất huyết Henoch–Schonlein, trẻ em, tổn thương cơ quan, tổn thương da, viêm mạch IgA.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mạch IgA, tên gọi cũ là ban xuất huyết Henoch–Schönlein, theo danh pháp Chapel Hill năm 2012, viêm mạch IgA được xếp vào nhóm viêm mạch máu nhỏ liên quan đến phức hợp miễn dịch, đặc trưng bởi sự lắng đọng IgA chiếm ưu thế tại thành mạch^[1]. Bệnh có thể biểu hiện ở nhiều cơ quan, trong đó thường gặp nhất là tổn thương da, khớp, đường tiêu hóa và thận.

Viêm mạch IgA thường gặp ở trẻ em, tuy nhiên, bệnh cũng có thể xuất hiện ở người lớn. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy đặc điểm lâm sàng và mức độ tổn thương cơ quan có thể khác nhau giữa hai nhóm tuổi. Nghiên cứu của Kang và cộng sự cho thấy, ở trẻ em bệnh thường có diễn biến lành tính hơn, trong khi ở người lớn, tổn thương thận và các biến chứng lâu dài có xu hướng gặp nhiều hơn và nặng hơn^[2]. Một số nghiên cứu ghi nhận tổn thương thận ở người lớn mắc viêm mạch IgA cao hơn trẻ em, đồng thời người lớn có nguy cơ tiến triển bệnh thận mạn cao hơn. Vì vậy, việc so sánh đặc điểm bệnh giữa hai nhóm tuổi có ý nghĩa quan trọng trong nhận diện các biểu hiện cần được theo dõi sát.

Tổn thương da là biểu hiện thường gặp nhất và thường là lý do chính khiến người bệnh đến khám chuyên khoa Da liễu. Các tổn thương có thể đa dạng, từ dát, sản xuất huyết sờ được đến các biểu hiện nặng hơn như bong nước, hoại tử hoặc loét^[3]. Bên cạnh mô tả hình thái tổn thương da, đánh giá mức độ lan rộng của tổn thương cũng có ý nghĩa trong thực hành lâm sàng. Thang điểm CAAR là hệ thống đánh giá mức độ tổn thương da, bụng, khớp và thận trong ban xuất huyết Henoch–Schonlein/viêm mạch IgA. Trong đó, tổn thương da được phân loại dựa trên mức độ lan rộng của tổn thương^[4]. Việc áp dụng thang điểm này giúp mô tả tổn thương da một cách hệ thống hơn và thuận lợi cho so sánh giữa các nhóm bệnh nhân.

Ở người lớn, viêm mạch IgA có xu hướng biểu hiện nặng hơn so với trẻ em, đặc biệt liên quan đến tổn thương thận. Tổn thương thận là yếu tố quan trọng quyết định tiên lượng lâu dài của bệnh; vì vậy, việc phát hiện sớm hồng cầu niệu, protein niệu và theo dõi chức năng thận có ý nghĩa quan trọng trong thực hành lâm sàng^{[5], [6]}. Do đó, mô tả đặc điểm tổn thương da đồng thời với đánh giá tổn thương cơ quan có ý nghĩa quan trọng trong phát hiện các trường hợp cần theo dõi sát.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về viêm mạch IgA chủ yếu tập trung vào đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng chung, tổn thương thận hoặc tổn thương tiêu hóa, đặc biệt ở trẻ em. Dữ liệu so sánh trực tiếp đặc điểm tổn thương da và tổn thương cơ quan giữa trẻ em và người lớn,



nhất là dưới góc nhìn của chuyên khoa Da liễu, còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm so sánh đặc điểm tổn thương da và tổn thương cơ quan giữa trẻ em và người lớn mắc viêm mạch IgA tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

134 bệnh nhân được chẩn đoán viêm mạch IgA tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 8 năm 2025 đến tháng 6 năm 2026.

Bệnh nhân được chia thành hai nhóm theo tuổi tại thời điểm chẩn đoán: nhóm trẻ em <18 tuổi và nhóm người lớn ≥ 18 tuổi.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán viêm mạch IgA theo tiêu chuẩn EULAR/PRINTO/PRES năm 2010. Bệnh nhân hoặc người giám hộ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân hoặc người đại diện hợp pháp không đồng ý hợp tác tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang, chọn mẫu toàn bộ.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 08/2025 đến tháng 06/2026 tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

Cỡ mẫu: Thu thập toàn bộ 134 bệnh nhân được chẩn đoán viêm mạch IgA thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Quy trình tiến hành nghiên cứu:

Các bệnh nhân khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Trung ương, thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào nghiên cứu. Thông tin được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, gồm: tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, mùa khởi phát, yếu tố khởi phát hoặc liên quan trước khởi phát, tình trạng bệnh, đặc điểm tổn thương da, tổn thương cơ quan và các xét nghiệm cận lâm sàng.

Đặc điểm tổn thương da được ghi nhận gồm vị trí, hình thái, triệu chứng tại tổn thương và mức độ lan rộng theo thang điểm CAAR^[4]. Theo CAAR, tổn thương da được phân loại thành nhẹ, trung bình và nặng dựa trên mức độ lan rộng của tổn thương. Các tổn thương bong nước, loét hoặc hoại tử da được ghi nhận riêng.

Tổn thương cơ quan được đánh giá dựa trên lâm sàng và cận lâm sàng. Tổn thương khớp được xác định khi có đau khớp và/hoặc viêm khớp. Tổn thương tiêu hóa được xác định

khi có đau bụng, buồn nôn/nôn, đi ngoài máu hoặc biến chứng tiêu hóa khác. Tổn thương thận được xác định khi có hồng cầu niệu và/hoặc protein niệu trên tổng phân tích nước tiểu, hoặc có biểu hiện phù, tăng huyết áp, đái máu đại thể. Các biểu hiện cơ quan khác được ghi nhận nếu có.

Các xét nghiệm được ghi nhận gồm công thức máu, sinh hóa máu, tổng phân tích nước tiểu, protein niệu 24 giờ khi có chỉ định, siêu âm ổ bụng ở bệnh nhân có triệu chứng tiêu hóa, sinh thiết da nhuộm Hematoxylin–Eosin và miễn dịch huỳnh quang trực tiếp. Ở bệnh nhân có tiền sử nhiễm khuẩn hô hấp trên trước khởi phát, ASLO và hs-CRP được ghi nhận. Kết quả xét nghiệm và thông tin lâm sàng được thu thập và ghi nhận đầy đủ vào bệnh án nghiên cứu.

Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm IBM SPSS Statistics. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Tuổi được mô tả bằng trung vị và khoảng tứ phân vị. So sánh các biến định tính giữa hai nhóm được thực hiện bằng kiểm định Chi-square hoặc Fisher exact test khi thích hợp. Phân tích hồi quy logistic đa biến được thực hiện để đánh giá các yếu tố liên quan với tổn thương khớp; mô hình bao gồm nhóm tuổi, giới, mùa khởi phát, nhiễm khuẩn hô hấp trên, vận động mạnh. Kết quả được biểu thị bằng OR và khoảng tin cậy 95% (KTC 95%). Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi thông qua Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Da liễu Trung ương. Người bệnh hoàn toàn tự nguyện tham gia sau khi được thông báo, giải thích đầy đủ về nghiên cứu. Mọi thông tin và số liệu thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, nhằm nâng cao chất lượng khám và điều trị, không tiết lộ hay sử dụng vào mục đích khác dưới mọi hình thức.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung, tình trạng bệnh và yếu tố khởi phát

Nghiên cứu gồm 134 bệnh nhân viêm mạch IgA, trong đó có 75 người lớn và 59 trẻ em. Tuổi trung vị của toàn bộ nhóm nghiên cứu là 19 tuổi (Q1–Q3: 12–34), với khoảng tuổi từ 4 đến 95 tuổi, nữ giới chiếm đa số với 64,2, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p = 0,077$).

Bệnh khởi phát chủ yếu vào mùa xuân (46,3%), tiếp theo là mùa đông với 38,0%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mùa khởi phát giữa nhóm người lớn và trẻ em ($p = 0,841$).



Nhiễm khuẩn hô hấp trên là yếu tố liên quan trước khởi phát được ghi nhận nhiều nhất, gặp ở 41,8% bệnh nhân, với tỷ lệ ở người lớn và trẻ em lần lượt là 48,0% và 33,9%; sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p = 0,100$). Vận động mạnh được ghi nhận ở 20,1% bệnh nhân. Có 35,8% trường hợp không xác định được yếu tố liên quan trước khởi phát. Các yếu tố như sử dụng thuốc, bệnh lý ác tính và tiền sử gia đình chỉ gặp với tỷ lệ thấp và không có sự khác biệt giữa hai nhóm tuổi.

Bảng 1. Đặc điểm chung và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân viêm mạch IgA theo nhóm tuổi

Thông số	Tổng số (N=134), n(%)	Người lớn (n = 75), n(%)	Trẻ em (n = 59), n(%)	p
Tuổi (năm)				
Tuổi, trung vị (Q1–Q3), năm	19 (12-34)	29 (20-44)	11 (9-13)	-
Khoảng tuổi	4 - 95	18 - 95	4 - 17	-
Giới				
Nam	48 (35,8)	22 (29,3)	26 (44,1)	0,077
Nữ	86 (64,2)	53 (70,7)	33 (55,9)	
Mùa khởi phát				
Mùa xuân	62 (46,3)	33 (44,0)	29 (49,2)	0,841 ^b
Mùa hè	8 (6,0)	4 (5,3)	4 (6,8)	
Mùa thu	13 (9,7)	7 (9,3)	6 (10,2)	
Mùa đông	51 (38,0)	31 (41,3)	20 (33,9)	
Yếu tố khởi phát/liên quan				
Nhiễm khuẩn hô hấp trên	56 (41,8)	36 (48,0)	20 (33,9)	0,100
Sử dụng thuốc	2 (1,5)	1 (1,3)	1 (1,7)	1,000 ^a
Vận động mạnh	27 (20,1)	17 (22,7)	10 (16,9)	0,413
Bệnh lý ác tính đi kèm	3 (2,2)	3 (4,0)	0 (0,0)	0,255 ^a
Tiền sử gia đình	3 (2,2)	1 (1,3)	2 (3,4)	0,582 ^a

Không rõ	48 (35,8)	29 (38,7)	19 (32,2)	0,439
----------	-----------	-----------	-----------	-------

Chủ thích: ^a Kiểm định Fisher exact; ^b kiểm định Fisher–Freeman–Halton exact. các giá trị p còn lại được tính bằng kiểm định Chi-square.

3.2. Đặc điểm tổn thương da theo nhóm tuổi

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều có chàm hoặc nốt xuất huyết ở bàn chân và cẳng chân. Tổn thương lan lên đùi gặp ở 67,2% bệnh nhân và phổ biến hơn ở nhóm người lớn so với nhóm trẻ em, lần lượt là 77,3% và 54,2%; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,005$. Tổn thương ở mông, chi trên và thân mình lần lượt gặp ở 25,4%, 27,6% và 11,2% bệnh nhân, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm tuổi.

Về hình thái tổn thương, chàm hoặc nốt xuất huyết gặp ở toàn bộ bệnh nhân. Mảng xuất huyết gặp ở 11,9% bệnh nhân và phổ biến hơn ở trẻ em so với người lớn, tương ứng 18,6% và 6,7%; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,034$. Mụn nước/bọng nước và loét hoặc hoại tử lần lượt gặp ở 11,9% và 8,2% bệnh nhân, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.

Triệu chứng ngứa, đau và/hoặc rát tại tổn thương được ghi nhận ở 25,4% bệnh nhân, với tỷ lệ gần tương đương giữa nhóm người lớn và trẻ em ($P > 0,05$).

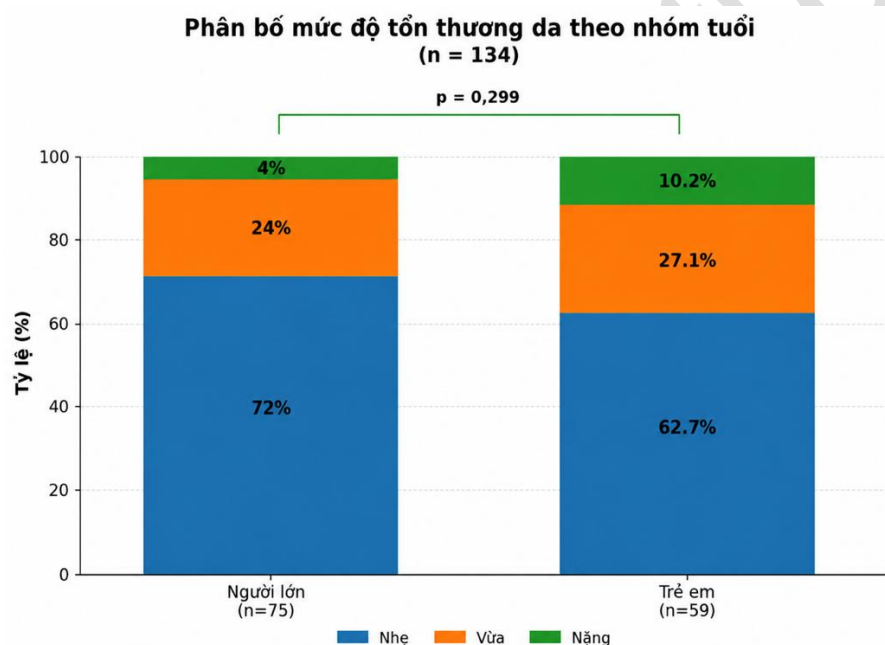
Bảng 2. Đặc điểm tổn thương da ở người lớn và trẻ em mắc viêm mạch IgA

Đặc điểm	Tổng số (N = 134), n (%)	Người lớn (n=75), n (%)	Trẻ em (n=59), n (%)	p
Vị trí tổn thương da				
Bàn chân + cẳng chân	134 (100,0)	75 (100,0)	59 (100,0)	-
Đùi	90 (67,2)	58 (77,3)	32 (54,2)	0,005
Mông	34 (25,4)	21 (28,0)	13 (22,0)	0,431
Chi trên	37 (27,6)	18 (24,0)	19 (32,2)	0,292
Thân mình	15 (11,2)	6 (8,0)	9 (15,3)	0,186
Đặc điểm tổn thương da				
Chàm, nốt xuất huyết	134 (100,0)	75 (100,0)	59 (100,0)	-
Mảng xuất huyết	16 (11,9)	5 (6,7)	11 (18,6)	0,034
Bọng nước	16 (11,9)	6 (8,0)	10 (16,9)	0,113
Loét/hoại tử	11 (8,2)	7 (9,3)	4 (6,8)	0,755 ^a

Triệu chứng tại tổn thương da				
Ngứa/đau hoặc rất	34 (25,4)	17 (22,7)	17 (28,8)	0,990

Chú thích: ^a Kiểm định Fisher exact; các giá trị p còn lại được tính bằng kiểm định Chi-square.

Theo phân loại mức độ lan rộng tổn thương da CAAR, mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm, với 72,0% ở người lớn và 62,7% ở trẻ em. Tổn thương mức độ vừa gặp ở 24,0% người lớn và 27,1% trẻ em. Tổn thương mức độ nặng gặp ở trẻ em nhiều hơn người lớn, lần lượt là 10,2% và 4,0%. Tuy nhiên, sự khác biệt về phân bố mức độ tổn thương da giữa hai nhóm tuổi chưa có ý nghĩa thống kê ($p = 0,299$).



Biểu đồ 1. Phân bố mức độ tổn thương da theo nhóm tuổi

3.3. Đặc điểm tổn thương cơ quan theo nhóm tuổi

Tổn thương khớp gặp ở 32,8% bệnh nhân. Tỷ lệ tổn thương khớp ở trẻ em cao hơn có ý nghĩa thống kê so với người lớn, lần lượt là 42,4% và 25,3% ($p = 0,037$). Khớp cổ chân là vị trí thường gặp nhất, với tỷ lệ ở trẻ em cao hơn người lớn (39,0% so với 22,7%; $p = 0,040$). Tỷ lệ tổn thương khớp gối và các khớp khác không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.

Tổn thương tiêu hóa được ghi nhận ở 23,9% bệnh nhân, gặp ở trẻ em nhiều hơn người lớn nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê (30,5% so với 18,7%; $p = 0,110$). Đau bụng là biểu hiện thường gặp nhất, chiếm 23,1%. Buồn nôn hoặc nôn chỉ được ghi nhận ở trẻ em,

với tỷ lệ 10,2%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với người lớn ($p = 0,006$). Trong số 32 bệnh nhân có tổn thương tiêu hóa, các trường hợp được siêu âm ổ bụng chưa ghi nhận bất thường.

Tổn thương thận gặp ở 21,6% bệnh nhân, với tỷ lệ tương đương giữa người lớn và trẻ em (22,7% so với 20,3%; $p = 0,745$). Phù chỉ được ghi nhận ở trẻ em, chiếm 6,8% và khác biệt có ý nghĩa thống kê so với người lớn ($p = 0,035$). Hồng cầu niệu đơn độc gặp ở trẻ em nhiều hơn người lớn (11,9% so với 2,7%; $p = 0,043$), trong khi phối hợp protein niệu và hồng cầu niệu gặp nhiều hơn ở người lớn (14,7% so với 3,4%; $p = 0,038$). Tỷ lệ protein niệu đơn độc không khác biệt giữa hai nhóm.

Các tổn thương cơ quan khác gặp ở 7,5% bệnh nhân, chủ yếu là đau cơ. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nhóm tổn thương này giữa người lớn và trẻ em.

Bảng 3. So sánh tổn thương cơ quan giữa người lớn và trẻ em mắc viêm mạch IgA

Đặc điểm	Tổng số N (%)	Người lớn n (%)	Trẻ em n (%)	p
Tổn thương khớp	44 (32,8)	19 (25,3)	25 (42,4)	0,037
Khớp cổ chân	40 (29,9)	17 (22,7)	23 (39,0)	0,040
Khớp gối	19 (14,2)	12 (16,0)	7 (11,9)	0,496
Khớp háng	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Khớp bàn ngón tay	1 (0,7)	1 (1,3)	0 (0,0)	1,000 ^a
Khớp cổ tay	2 (1,5)	1 (1,3)	1 (1,7)	1,000 ^a
Khớp khuỷu	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Tổn thương tiêu hóa	32 (23,9)	14 (18,7)	18 (30,5)	0,110
Đau bụng	31 (23,1)	14 (18,7)	17 (28,8)	0,167
Buồn nôn, nôn	6 (4,5)	0 (0,0)	6 (10,2)	0,006 ^a
Đi ngoài máu	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Tổn thương thận	29 (21,6)	17 (22,7)	12 (20,3)	0,745
Tổn thương thận trên lâm sàng				
Đái máu đại thể	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Phù	4 (3,0)	0 (0,0)	4 (6,8)	0,035 ^a
Tăng huyết áp	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Đau thắt lưng	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-



Tổn thương thận trên cận lâm sàng				
Protein niệu đơn độc	7 (5,2)	4 (5,3)	3 (5,1)	1,000 ^a
Hồng cầu niệu đơn độc	9 (6,7)	2 (2,7)	7 (11,9)	0,043 ^a
Protein niệu + Hồng cầu niệu	13 (9,8)	11 (14,7)	2 (3,4)	0,038 ^a
Tổn thương tại cơ quan khác				
Tràn dịch màng tinh hoàn	1 (0,7)	0 (0,0)	1 (1,7)	0,440 ^a
Đau cơ	9 (6,7)	5 (6,7)	4 (6,8)	1,000 ^a

Chú thích: a Kiểm định Fisher exact; các giá trị p còn lại được tính bằng kiểm định Chi-square.

Phân tích hồi quy logistic đa biến được thực hiện trên 134 bệnh nhân cho thấy tiền sử nhiễm khuẩn hô hấp trên có liên quan có ý nghĩa thống kê với tổn thương khớp (OR = 2,425; KTC 95%: 1,042–5,643; $p = 0,040$) tương ứng với odds tổn thương khớp cao khoảng 2,4 lần so với bệnh nhân không có tiền sử này. Các yếu tố sau vận động mạnh, nhóm tuổi, giới và mùa khởi phát không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tổn thương khớp ($p > 0,05$). Mô hình có độ phù hợp với dữ liệu theo kiểm định Hosmer–Lemeshow ($p = 0,770$).

Bảng 4. Hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan đến tổn thương khớp ở bệnh nhân viêm mạch IgA

Yếu tố	OR	KTC 95%	p
Tiền sử nhiễm khuẩn hô hấp trên	2,425	1,042–5,643	0,040*
Tiền sử sau vận động mạnh	1,334	0,507–3,508	0,559
Trẻ em so với người lớn	2,012	0,940–4,308	0,072
Mùa hè so với mùa xuân	1,384	0,281–6,810	0,690
Mùa thu so với mùa xuân	2,328	0,585–9,264	0,230
Mùa đông so với mùa xuân	1,471	0,628–3,449	0,374
Nữ so với nam	0,920	0,413–2,051	0,839

Chú thích: OR: odds ratio; KTC 95%: khoảng tin cậy 95%. Nhóm tham chiếu: không nhiễm khuẩn hô hấp trên, không sau vận động mạnh, người lớn, mùa xuân và nam. * $p < 0,05$.

Chỉ số đánh giá mô hình: Omnibus test $p = 0,225$; Nagelkerke $R^2 = 0,094$; Hosmer–Lemeshow $p = 0,770$.

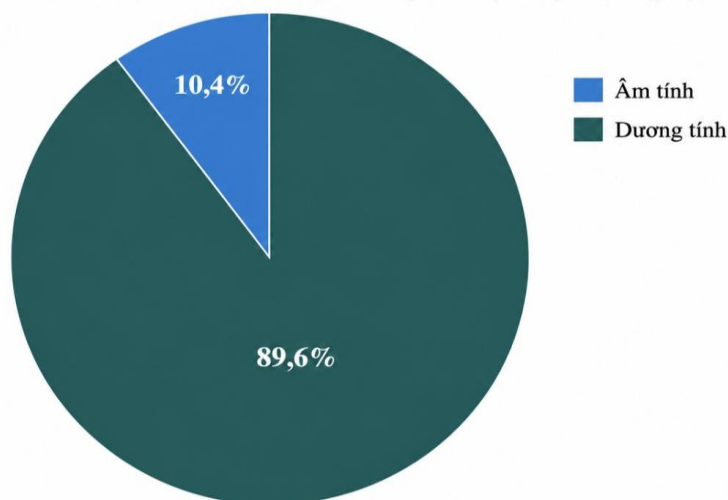
3.4. Đặc điểm một số cận lâm sàng

3.4.1. Kết quả lắng đọng phức hợp miễn dịch trong xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang



Trong số 134 bệnh nhân được thực hiện miễn dịch huỳnh quang trực tiếp, lắng đọng IgA tại thành mạch được ghi nhận ở 120 bệnh nhân, chiếm 89,6%. Có 14 bệnh nhân không ghi nhận lắng đọng IgA tại thành mạch, chiếm 10,4%.

Tỷ lệ lắng đọng IgA tại thành mạch trong miễn dịch huỳnh quang trực tiếp

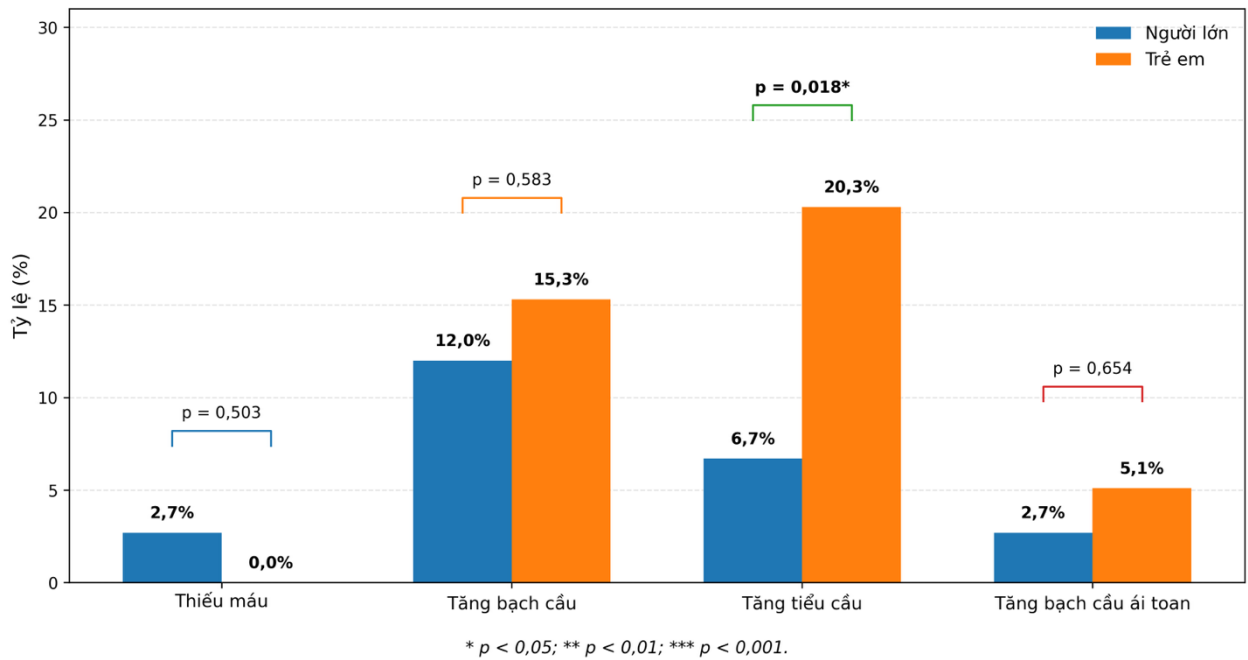


Biểu đồ 2. Tỷ lệ lắng đọng IgA tại thành mạch trên miễn dịch huỳnh quang trực tiếp

3.4.2. Đặc điểm một số chỉ số huyết học và sinh hoá của bệnh nhân viêm mạch IgA

Các bất thường huyết học gồm thiếu máu (1,5%), tăng bạch cầu (13,4%), tăng tiểu cầu (12,7%) và tăng bạch cầu ái toan (3,7%). Tỷ lệ tăng tiểu cầu ở trẻ em cao hơn có ý nghĩa thống kê so với người lớn (20,3% và 6,7%; $p = 0,018$). Các bất thường khác không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm tuổi.

Tỷ lệ bất thường một số chỉ số huyết học theo nhóm tuổi ở bệnh nhân viêm mạch IgA (n = 134)



Chú thích: p được tính bằng kiểm định Chi-square hoặc Fisher exact test tùy trường hợp.

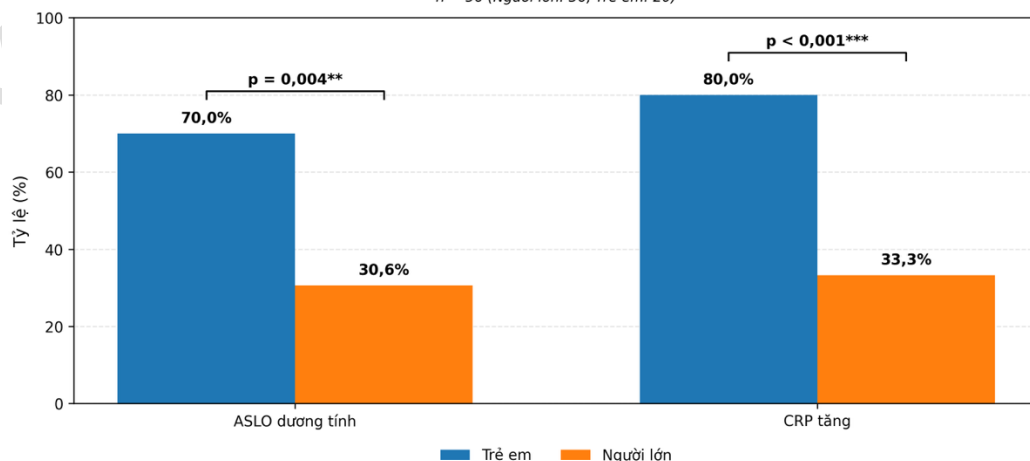
Biểu đồ 3. Tỷ lệ bất thường một số chỉ số huyết học giữa người lớn và trẻ em mắc viêm mạch IgA

3.4.3. Đặc điểm một số chỉ số sinh hoá của bệnh nhân viêm mạch IgA

Trong nhóm 56 bệnh nhân có tiền sử nhiễm khuẩn hô hấp trên, tỷ lệ ASLO dương tính ở trẻ em cao hơn có ý nghĩa thống kê so với người lớn, lần lượt là 70,0% và 30,6% (p = 0,004). Tỷ lệ hs-CRP tăng cũng cao hơn ở trẻ em so với người lớn, tương ứng 80,0% và 33,3% (p < 0,001).

Tỷ lệ ASLO dương tính và CRP tăng theo nhóm tuổi ở bệnh nhân IgAV có tiền sử nhiễm khuẩn hô hấp trên

n = 56 (Người lớn: 36, Trẻ em: 20)



* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001.

Chú thích: p được tính bằng kiểm định Pearson Chi-square.

Biểu đồ 4. Tỷ lệ ASLO dương tính và hs-CRP tăng theo nhóm tuổi ở bệnh nhân viêm mạch IgA có tiền sử nhiễm khuẩn hô hấp trên (n = 56)

3.5. Phân tích thăm dò mối liên quan giữa đặc điểm tổn thương da và tổn thương cơ quan

Trong phân tích thăm dò, tổn thương bong nước/loét/hoại tử da có tỷ lệ tổn thương khớp và tiêu hóa cao hơn nhóm không có các tổn thương này (57,9% so với 28,7%, $p = 0,012$ và 52,6% so với 19,1%, $p = 0,003$). Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ tổn thương da nặng theo CAAR với tổn thương cơ quan.

Bảng 5. Phân tích thăm dò mối liên quan giữa đặc điểm tổn thương da và tổn thương cơ quan ở bệnh nhân viêm mạch IgA

Đặc điểm	Tổn thương da nặng theo CAAR			Bong nước/loét/hoại tử da		
	Có (n=9), n (%)	Không (n=125), n (%)	p	Có (n=19), n (%)	Không (n=115), n(%)	p
Tổn thương thận						
Không	6 (66,7)	97 (77,6)	$0,431^a$	13 (76,9)	90 (78,3)	$0,382^a$
Có	3 (33,3)	28 (22,4)		6 (31,6)	25 (21,7)	
Tổn thương khớp						
Không	5 (55,6)	85 (68,0)	$0,475$	8 (42,1)	82 (71,3)	$0,012$
Có	4 (44,4)	40 (32,0)		11 (57,9)	33 (28,7)	
Tổn thương tiêu hóa						
Không	5 (55,6)	97 (77,6)	$0,216^a$	9 (47,4)	93 (80,9)	$0,003$
Có	4 (44,4)	28 (22,4)		10 (52,6)	22 (19,1)	
Tổn thương cơ quan khác						
Không	9 (100,0)	115 (92,0)	$1,000^a$	18 (94,7)	106 (92,2)	$1,000^a$
Có	0 (0,0)	10 (8,0)		1 (5,4)	9 (7,8)	

^a Kiểm định Fisher exact, hai phía. Các giá trị p còn lại được tính bằng kiểm định Chi-square

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi và giới không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm bệnh nhân IgAV, với 75 bệnh nhân người lớn và 59 bệnh nhân trẻ em, tuổi trung vị là 19 tuổi và nữ giới chiếm 64,2%. Kết quả này khác với đặc điểm dịch tễ được ghi nhận trong y, khi IgAV chủ yếu gặp ở trẻ em và có xu hướng nam giới chiếm ưu thế nhẹ.^{[2],[6]} Sự khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm quần thể nghiên cứu và cơ sở tiếp nhận bệnh nhân của chúng tôi là bệnh viện chuyên khoa da liễu.

Nhiễm khuẩn hô hấp trên là yếu tố khởi thường gặp nhất (41,8%); trong nhóm này, trẻ em có tỷ lệ ASLO dương tính (70,0%) và tăng hs-CRP (80,0%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với người lớn ($p < 0,05$). Nhiễm khuẩn hô hấp trên được xem là một yếu tố kích hoạt IgAV thông qua đáp ứng miễn dịch niêm mạc, làm tăng sản xuất IgA1 bất thường, đặc biệt là IgA1 thiếu galactose (Gd-IgA1), từ đó hình thành các phức hợp miễn dịch chứa IgA1 và thúc đẩy phản ứng viêm mạch.^{[5],[7]} Kết quả trên gợi ý vai trò nổi bật hơn của nhiễm khuẩn, đặc biệt là nhiễm liên cầu, và đáp ứng viêm ở trẻ em; tuy nhiên, do ASLO và hs-CRP chỉ phản ánh tình trạng nhiễm liên cầu hoặc viêm tại thời điểm khảo sát, kết quả này chưa đủ để khẳng định quan hệ nhân quả.

Tổn thương da là biểu hiện nổi bật ở tất cả bệnh nhân, với ban xuất huyết sờ thấy được ở chi dưới, phù hợp với tiêu chuẩn phân loại EULAR/PRINTO/PRES.^[8] Theo phân loại CAAR, tổn thương da mức độ nhẹ chiếm ưu thế ở cả hai nhóm; trẻ em có tỷ lệ tổn thương da mức độ nặng cao hơn người lớn nhưng chưa có ý nghĩa thống kê. Đáng chú ý, các tổn thương da bong nước (11,9%) và loét/hoại tử (8,2%) tuy ít gặp nhưng có ý nghĩa lâm sàng; nhóm này có tỷ lệ tổn thương khớp (57,9%) và tiêu hóa (52,6%) cao hơn nhóm không có ($p = 0,012$ và $p = 0,003$). Kết quả này phù hợp một phần với nghiên cứu của Sestan và cộng sự (2023) cho thấy nhóm có tổn thương da nặng có nguy cơ viêm thận và biến chứng tiêu hóa nặng cao hơn.^[9] Mọi liên quan trên có thể phản ánh tình trạng viêm mạch toàn thân mạnh hơn do lắng đọng phức hợp miễn dịch IgA có thể đồng thời ảnh hưởng đến da, khớp, đường tiêu hóa và thận. Về cơ chế, MMP-2 và MMP-9 được phát hiện trong dịch bong nước và có thể góp phần phân giải collagen, trong khi cả hai enzyme này cũng tăng trong giai đoạn cấp của IgAV.^[10] Tuy nhiên, do số trường hợp tổn thương da nặng còn hạn chế và cơ chế liên quan đến tổn thương cơ quan chưa hoàn toàn rõ ràng, kết quả này cần được diễn giải thận trọng; đây có thể là dấu hiệu gợi ý bệnh cảnh viêm mạch hoạt động mạnh hơn và cần lưu ý đánh giá tổn thương cơ quan phối hợp.

Tổn thương khớp là biểu hiện cơ quan thường gặp nhất, chiếm 32,8%, và gặp ở trẻ em với tỷ lệ cao hơn có ý nghĩa thống kê so với người lớn; khớp cổ chân là vị trí thường gặp nhất,



phù hợp với đặc điểm diễn hình của IgAV.^{[5],[8]} Tuy nhiên, trong phân tích hồi quy logistic đa biến, sau khi điều chỉnh theo nhóm tuổi, giới, mùa khởi phát và tiền sử sau vận động mạnh, chỉ có tiền sử nhiễm khuẩn hô hấp trên còn liên quan có ý nghĩa với tổn thương khớp ($OR = 2,425$; KTC 95%: 1,042–5,643; $p = 0,040$). Ngược lại, sự khác biệt theo tuổi không còn có ý nghĩa thống kê ($OR = 2,012$; KTC 95%: 0,940–4,308; $p = 0,072$). Do thiết kế cắt ngang, kết quả chỉ cho thấy mối liên quan và chưa thể khẳng định quan hệ nhân quả.

Tổn thương tiêu hóa gặp ở 23,9% bệnh nhân, chủ yếu là đau bụng; trẻ em có tỷ lệ cao hơn người lớn nhưng chưa có ý nghĩa thống kê. Tổn thương thận gặp ở 21,6%, trong đó, phù chỉ ghi nhận ở trẻ em, trong khi phối hợp protein niệu và hồng cầu niệu gặp nhiều hơn ở người lớn. Tỷ lệ tổn thương thận trong nghiên cứu thấp hơn một số báo cáo trước đây, Kang và cộng sự (2014) ghi nhận tổn thương thận ở 83,3% người lớn và 30,4% trẻ em.^[2] Sự khác biệt có thể liên quan đến đặc điểm quần thể tại bệnh viện chuyên khoa Da liễu, nơi bệnh nhân chủ yếu được tiếp nhận do biểu hiện da. Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi là thiết kế cắt ngang không cho phép đánh giá được diễn tiến lâu dài và nguy cơ bệnh thận mạn, đặc biệt ở người lớn.^{[2],[5]} Vì vậy, cần theo dõi nước tiểu định kỳ sau chẩn đoán, kể cả khi chưa ghi nhận tổn thương thận ban đầu.^{[5],[9]}

Miễn dịch huỳnh quang trực tiếp ghi nhận lắng đọng IgA tại thành mạch ở 89,6% bệnh nhân, trong khi 10,4% trường hợp âm tính. Kết quả âm tính có thể liên quan đến thời điểm sinh thiết, đặc biệt ở những bệnh nhân đến khám muộn hoặc đã tự điều trị tại nhà. Các nghiên cứu cho thấy khả năng phát hiện lắng đọng IgA giảm khi sinh thiết được thực hiện muộn, trong khi sinh thiết tổn thương mới, thường trong vòng 24–48 giờ, cho tỷ lệ phát hiện cao hơn.^[11] Ngoài ra, vị trí và kỹ thuật lấy mẫu cũng có thể ảnh hưởng đến kết quả. Tuy nhiên, không thể loại trừ một số trường hợp IgAV có biểu hiện không điển hình và DIF âm tính. Do đó, DIF âm tính không loại trừ IgAV khi biểu hiện lâm sàng và mô bệnh học phù hợp.

Trong các chỉ số huyết học, tăng tiểu cầu gặp ở 12,7% bệnh nhân và phổ biến hơn có ý nghĩa thống kê ở trẻ em so với người lớn. Tăng tiểu cầu có thể phản ánh đáp ứng viêm trong giai đoạn bệnh. Một số nghiên cứu và phân tích gộp ở trẻ em cũng ghi nhận tăng tiểu cầu có thể liên quan đến tổn thương thận.^[12] Ngược lại, tăng bạch cầu, tăng bạch cầu ái toan và thiếu máu không khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm; trong đó, vai trò của tăng bạch cầu ái toan trong IgAV hiện chưa rõ ràng và chưa được xem là dấu ấn đặc hiệu.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế. Thứ nhất, đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang tại một bệnh viện da liễu, do đó có thể có sai lệch chọn mẫu theo hướng thu nhận nhiều

bệnh nhân có biểu hiện da nổi bật và không cho phép đánh giá diễn biến lâu dài của bệnh, đặc biệt nguy cơ bệnh thận mạn ở người lớn. Các nghiên cứu theo dõi dọc tương lai với thời gian theo dõi đủ dài là cần thiết để làm rõ tiên lượng dài hạn của nhóm bệnh nhân này. Thứ hai, cỡ mẫu 134 bệnh nhân (75 người lớn và 59 trẻ em) và số lượng nhỏ ở một số biểu hiện ít gặp có thể làm giảm sức mạnh thống kê. Thứ ba, một số thông tin phụ thuộc vào bệnh sử, thời điểm bệnh nhân đến khám và chỉ định xét nghiệm. Phân tích hồi quy logistic đa biến được thực hiện nhằm điều chỉnh một số yếu tố gây nhiễu. Mặc dù vậy, nghiên cứu cung cấp dữ liệu so sánh trực tiếp về đặc điểm IgAV giữa trẻ em và người lớn dưới góc nhìn chuyên khoa da liễu đồng thời nhấn mạnh giá trị của việc đánh giá song song tổn thương da và tổn thương cơ quan ngay từ lần khám đầu tiên.

5. KẾT LUẬN

Viêm mạch IgA biểu hiện ở cả trẻ em và người lớn, với tổn thương da là biểu hiện nổi bật ở tất cả bệnh nhân. Tổn thương chủ yếu gặp ở bàn chân, cẳng chân và đùi; người lớn có tỷ lệ tổn thương lan lên đùi cao hơn, trong khi mảng xuất huyết gặp nhiều hơn ở trẻ em. Tổn thương khớp là biểu hiện cơ quan thường gặp nhất và gặp nhiều hơn ở trẻ em, đặc biệt tại khớp cổ chân. Tổn thương thận có tỷ lệ tương đương giữa hai nhóm, nhưng phối hợp protein niệu và hồng cầu niệu gặp nhiều hơn ở người lớn. Lắng đọng IgA tại thành mạch được ghi nhận ở đa số bệnh nhân. Tổn thương bong nước, loét hoặc hoại tử da có liên quan với tỷ lệ tổn thương khớp và tiêu hóa cao hơn, gợi ý cần đánh giá song song tổn thương da và tổn thương cơ quan trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jennette JC, Falk RJ, Bacon PA, et al. 2012 revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. *Arthritis Rheum.* 2013;65(1):1-11. doi:10.1002/art.37715
2. Kang Y, Park JS, Ha YJ, et al. Differences in clinical manifestations and outcomes between adult and child patients with Henoch-Schönlein purpura. *J Korean Med Sci.* 2014;29(2):198-203. doi:10.3346/jkms.2014.29.2.198
3. Killeen RB, Gillespie E. IgA Vasculitis (Henoch-Schönlein Purpura). In: *StatPearls*. StatPearls Publishing; 2026. Accessed August 19, 2026. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537252/>
4. Rosti G, Milani GP, Laicini EA, Fossali EF, Bianchetti MG. Liver chemistry in new-onset Henoch-Schönlein syndrome. *Ital J Pediatr.* 2017;43(1):85. doi:10.1186/s13052-017-0405-5

5. Castañeda S, Quiroga-Colina P, Floranes P, et al. IgA Vasculitis (Henoch-Schönlein Purpura): An Update on Treatment. *J Clin Med*. 2024;13(21):6621. doi:10.3390/jcm13216621
6. Hetland LE, Susrud KS, Lindahl KH, Bygum A. Henoch-Schönlein purpura: a literature review. *Acta Derm Venereol*. 2017;97(10):1160-1166. - Tìm trên Google. Accessed August 19, 2026.
[https://www.google.com/search?q=6.+Hetland+LE%2C+Susrud+KS%2C+Lindahl+KH%2C+Bygum+A.+Henoch-Sch%C3%B6nlein+purpura%3A+a+literature+review.+Acta+Derm+Venereol.+2017%3B97\(10\)%3A1160-1166.&oq=6.%09Hetland+LE%2C+Susrud+KS%2C+Lindahl+KH%2C+Bygum+A.+Henoch-Sch%C3%B6nlein+purpura%3A+a+literature+review.+Acta+Derm+Venereol.+2017%3B97\(10\)%3A1160-1166.&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOdIBBzMwMmowajSoAgCwAgE&sourceid=chrome&source=chrome.ob&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=6.+Hetland+LE%2C+Susrud+KS%2C+Lindahl+KH%2C+Bygum+A.+Henoch-Sch%C3%B6nlein+purpura%3A+a+literature+review.+Acta+Derm+Venereol.+2017%3B97(10)%3A1160-1166.&oq=6.%09Hetland+LE%2C+Susrud+KS%2C+Lindahl+KH%2C+Bygum+A.+Henoch-Sch%C3%B6nlein+purpura%3A+a+literature+review.+Acta+Derm+Venereol.+2017%3B97(10)%3A1160-1166.&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOdIBBzMwMmowajSoAgCwAgE&sourceid=chrome&source=chrome.ob&ie=UTF-8)
7. Ruperto N, Ozen S, Pistorio A, et al. EULAR/PRINTO/PRES criteria for Henoch-Schönlein purpura, childhood polyarteritis nodosa, childhood Wegener granulomatosis and childhood Takayasu arteritis: Ankara 2008. Part I: Overall methodology and clinical characterisation. *Ann Rheum Dis*. 2010;69(5):790-797. doi:10.1136/ard.2009.116624
8. Hočevár A, Rotar Z, Jurčić V, et al. IgA vasculitis in adults: the performance of the EULAR/PRINTO/PRES classification criteria in adults. *Arthritis Res Ther*. 2016;18:58. doi:10.1186/s13075-016-0959-4
9. Sestan M, Kifer N, Sozeri B, et al. Clinical features, treatment and outcome of pediatric patients with severe cutaneous manifestations in IgA vasculitis: Multicenter international study. *Semin Arthritis Rheum*. 2023;61:152209. doi:10.1016/j.semarthrit.2023.152209
10. Nothhaft M, Klepper J, Kneitz H, Meyer T, Hamm H, Morbach H. Hemorrhagic Bullous Henoch-Schönlein Purpura: Case Report and Review of the Literature. *Front Pediatr*. 2019;6. doi:10.3389/fped.2018.00413
11. Mahmood MN. Direct Immunofluorescence of Skin and Oral Mucosa: Guidelines for Selecting the Optimum Biopsy Site. *Dermatopathology*. 2024;11(1):52-61. doi:10.3390/dermatopathology11010006



12. Chan H, Tang YL, Lv XH, et al. Risk Factors Associated with Renal Involvement in Childhood Henoch-Schönlein Purpura: A Meta-Analysis. *PloS One*. 2016;11(11):e0167346. doi:10.1371/journal.pone.0167346

SUMMARY

Original research

COMPARISON OF CUTANEOUS MANIFESTATIONS AND ORGAN INVOLVEMENT BETWEEN PEDIATRIC AND ADULT PATIENTS WITH IgA VASCULITIS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

Nguyen Thi Thanh Hoa¹, Pham Thi Lan^{1,2}, Bui Thi Phuong Minh², Nguyen Mau Trang², Tran Thi Thanh Tam², Tran Thi Linh², and Le Huu Doanh^{1,2}, Vu Huy Luong^{1,2,*}

¹ Hanoi Medical University

² National Hospital of Dermatology and Venereology

*Corresponding author: Vu Huy Luong; email: vuhuyluong@hmu.edu.vn

ABSTRACT

Objectives: To compare cutaneous manifestations and organ involvement between pediatric and adult patients with IgA vasculitis at the National Hospital of Dermatology and Venereology.

Materials and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 134 patients diagnosed with IgA vasculitis at the National Hospital of Dermatology and Venereology from August 2025 to June 2026. Patients were divided into two groups: adults aged ≥ 18 years and children aged < 18 years. Clinical characteristics of skin lesions, organ involvement, and selected paraclinical findings were recorded and compared between the two groups

Results: The study included 75 adults and 59 children. The median age was 19 years (range, 12–34), and females accounted for 64.2%. Upper respiratory tract infection was the most common triggering/associated factor (41.8%). Skin involvement was observed in all patients. Adults had a higher rate of thigh involvement than children (77.3% vs. 54.2%; $p = 0.005$), whereas purpuric plaques were more common in children (18.6% vs. 6.7%; $p = 0.034$). Joint involvement was the most common organ manifestation (32.8%) and was more frequent in children than in adults (42.4% vs. 25.3%; $p = 0.037$). In multivariable logistic regression analysis, a history of upper respiratory tract infection was associated with joint involvement (OR = 2.425; 95% CI, 1.042–5.643; $p = 0.040$), whereas age group was no longer statistically



significant (OR = 2.012; 95% CI, 0.940–4.308; $p = 0.072$). The rate of renal involvement was comparable between the two groups; however, combined proteinuria and hematuria were more common in adults (14.7% vs. 3.4%; $p = 0.038$). IgA deposition in vessel walls on direct immunofluorescence was detected in 89.6% of patients.

Conclusion: IgA vasculitis showed several differences in cutaneous manifestations and organ involvement between pediatric and adult patients. Concurrent assessment of skin lesions and organ involvement is necessary in the diagnosis and follow-up of patients with IgA vasculitis.

Keywords: *Henoch–Schönlein purpura, children, organ involvement, cutaneous manifestations, IgA vasculitis.*