

CÁC ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG LIÊN QUAN ĐẾN KHÁNG THỂ ANTI-MDA5 TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM DA CƠ

Lê Thị Thu Trang¹, Lê Hữu Doanh^{2,3}, Nguyễn Thị Hà Vinh^{2,3},

Hoàng Thị Phụng², và Lê Huyền My^{2*}

¹ Bệnh viện Hữu Nghị

² Trường Đại học Y Hà Nội

³ Bệnh viện Da liễu Trung ương

* Tác giả liên hệ: Lê Huyền My; email: drlehuyenmy@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/6/2026

Ngày phản biện: 07/7/2026

Ngày chấp nhận đăng: 14/7/2026

DOI: 10.56320/tcdlhnv.online.346

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng có giá trị định hướng nhận diện bệnh nhân viêm da cơ có anti-MDA5 dương tính.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang có so sánh trên 100 bệnh nhân viêm da cơ được khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 8/2025 đến tháng 5/2026, gồm 21 bệnh nhân anti-MDA5 dương tính và 79 bệnh nhân anti-MDA5 âm tính. Tuổi khởi phát trung bình ở hai nhóm lần lượt là $42,0 \pm 14,0$ và $41,4 \pm 23,0$ tuổi; tỷ lệ nam giới tương ứng là 42,9% và 35,4%. Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng được so sánh giữa hai nhóm; các yếu tố liên quan độc lập với anti-MDA5 dương tính được xác định bằng hồi quy logistic đa biến.

Kết quả: Bệnh nhân viêm da cơ có anti-MDA5 dương tính nổi bật với các biểu hiện tổn thương da kiểu mạch máu và tổn thương khớp. Hiện tượng Raynaud gặp ở 47,6% bệnh nhân anti-MDA5 dương tính so với 10,1% ở nhóm âm tính ($p < 0,001$); sẩn lòng bàn tay gặp ở 33,3% so với 6,3% ($p = 0,003$); loét da gặp ở 38,1% so với 13,9% ($p = 0,024$). Đau khớp gặp nhiều hơn ở nhóm anti-MDA5 dương tính (71,4% so với 34,2%; $p = 0,002$), trong khi yếu cơ ít gặp hơn (9,5% so với 53,2%; $p < 0,001$). Sốt xuất hiện ở 19,0% bệnh nhân anti-MDA5 dương tính và 2,5% bệnh nhân anti-MDA5 âm tính ($p = 0,017$). Các tổn thương da điển hình của viêm da cơ như ban heliotrope, dấu hiệu Gottron, V-sign và shawl sign gặp với tỷ lệ tương tự giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

Kết luận: Anti-MDA5 liên quan với một kiểu hình lâm sàng đặc trưng ở bệnh nhân viêm da cơ. Việc nhận diện sớm các biểu hiện gợi ý và sàng lọc kháng thể anti-MDA5 có vai trò quan trọng trong định hướng đánh giá tổn thương cơ quan, theo dõi và quản lý người bệnh kịp thời.

Từ khóa: *anti-MDA5; đặc điểm lâm sàng; viêm da cơ.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm da cơ (Dermatomyositis – DM) là một bệnh tự miễn hệ thống hiếm gặp, đặc trưng bởi các tổn thương da, cơ và có thể ảnh hưởng đến nhiều cơ quan khác như phổi, khớp, tim và đường tiêu hóa. Trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển của các xét nghiệm tự kháng thể đặc hiệu viêm cơ (myositis-specific autoantibodies – MSA), viêm da cơ đã được phân thành nhiều kiểu hình lâm sàng khác nhau, mỗi kiểu hình có đặc điểm biểu hiện, tiên lượng và đáp ứng điều trị riêng biệt.¹⁻³

Kháng thể kháng melanoma differentiation-associated gene 5 (anti-MDA5) được xem là một trong những dấu ấn miễn dịch đặc hiệu của viêm da cơ. Nhiều nghiên cứu cho thấy bệnh nhân có anti-MDA5 dương tính thường biểu hiện một kiểu hình lâm sàng khác biệt với các thể viêm da cơ khác, đặc trưng bởi tổn thương da kiểu mạch máu, ít biểu hiện tổn thương cơ và nguy cơ cao mắc bệnh phổi kẽ tiến triển nhanh.⁴⁻⁹

Việc nhận diện sớm kiểu hình này có ý nghĩa quan trọng trong thực hành lâm sàng vì giúp định hướng chỉ định xét nghiệm tự kháng thể, theo dõi sát diễn biến bệnh và lựa chọn chiến lược điều trị phù hợp.^{5,7,9}

Tuy nhiên, xét nghiệm anti-MDA5 hiện chưa được triển khai thường quy tại nhiều cơ sở y tế và chi phí còn tương đối cao. Việc nhận biết các dấu hiệu lâm sàng gợi ý anti-MDA5 ngay từ lần khám đầu tiên sẽ giúp nâng cao khả năng chẩn đoán sớm, hạn chế bỏ sót các trường hợp có kiểu hình đặc biệt và hỗ trợ chỉ định các xét nghiệm miễn dịch chuyên sâu một cách hợp lý.^{3,6,10}

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về kiểu hình lâm sàng của nhóm bệnh nhân này còn hạn chế, đặc biệt chưa có nhiều dữ liệu đánh giá giá trị của các biểu hiện da, cơ và khớp trong việc định hướng nhận diện bệnh nhân anti-MDA5 dương tính trong thực hành da liễu.

Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: **Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng liên quan đến kháng thể Anti-MDA5 trên bệnh nhân viêm da cơ** với mục tiêu khảo sát các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng đặc trưng của nhóm bệnh nhân này, từ đó góp phần hỗ trợ bác sĩ da liễu nhận diện sớm kiểu hình anti-MDA5, định hướng chỉ định xét nghiệm tự kháng thể, tiên lượng bệnh trong thực hành lâm sàng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu bao gồm 100 bệnh nhân viêm da cơ được khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 08/2025 đến tháng 05/2026.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán viêm da cơ theo tiêu chuẩn phân loại EULAR/ACR 2017¹ và được thực hiện xét nghiệm kháng thể anti-MDA5 bằng kỹ thuật immunoblot; có đầy đủ thông tin lâm sàng và cận lâm sàng phục vụ nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân mắc các bệnh lý mô liên kết tự miễn khác hoặc không có kết quả xét nghiệm tự kháng thể.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang có nhóm so sánh theo tình trạng kháng thể anti-MDA5.

Cỡ mẫu: Toàn bộ các bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu được đưa vào phân tích. Sau quá trình sàng lọc, có 100 bệnh nhân đủ điều kiện được đưa vào phân tích, gồm 21 bệnh nhân anti-MDA5 dương tính và 79 bệnh nhân anti-MDA5 âm tính.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 08/2025 đến tháng 05/2026 tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

Các bước tiến hành: Chọn bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Da liễu Trung ương được chẩn đoán viêm da cơ, thực hiện theo các bước sau:

Hỏi bệnh: Thông tin cá nhân: tên, tuổi, giới. Các biểu hiện được ghi nhận gồm sốt, gầy sút cân, mệt mỏi và rụng tóc, ho, khó thở.

Khám bệnh: Tổn thương da: Ban heliotrope, dấu hiệu Gottron, V-sign, Shawl sign, Holster sign, ban đỏ không đặc hiệu, bàn tay thợ cơ khí, chứng loang lỗ da, lắng đọng canxi dưới da, hiện tượng Raynaud, sẹo đầu chi, loét da, sẩn lòng bàn tay và giãn mạch quanh móng. Tổn thương cơ: đau cơ, yếu cơ, teo cơ, khó nuốt và khàn tiếng. Tổn thương khớp được đánh giá thông qua triệu chứng đau khớp trên lâm sàng. Kháng thể anti-MDA5 được phát hiện bằng kỹ thuật immunoblot sử dụng bộ kit EUROLINE Autoimmune Inflammatory Myopathies theo hướng dẫn của nhà sản xuất. Kết quả được phân loại thành dương tính và âm tính; các trường hợp nghi ngờ không được đưa vào phân tích nhằm bảo đảm tính chính xác của việc so sánh giữa hai nhóm.

Xử lý số liệu: Các biến định tính được biểu diễn dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm, so sánh giữa hai nhóm bằng kiểm định Chi-square Pearson hoặc Fisher exact test khi tần số mong đợi nhỏ hơn 5. Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị tùy theo phân bố số liệu; so sánh bằng kiểm định Mann-Whitney

khi biến không phân bố chuẩn. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê. Các yếu tố liên quan đến anti-MDA5 dương tính được đánh giá bằng hồi quy logistic đơn biến và đa biến.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Bệnh nhân được tư vấn và tự nguyện tham gia nghiên cứu; thông tin cá nhân của bệnh nhân được giữ kín; nghiên cứu này được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh Bệnh viện Da liễu Trung ương ngày 27 tháng 11 năm 2025.

3. KẾT QUẢ

Nghiên cứu trên 100 bệnh nhân viêm da cơ tại Bệnh viện Da liễu Trung ương, chúng tôi thu được kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân viêm da cơ theo tình trạng anti-MDA5 (n=100)

Đặc điểm	Anti-MDA5 (+) n=21	Anti-MDA5 (-) n=79	p
Tuổi khởi phát trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	42,0 $\pm$ 14,0	41,4 $\pm$ 23,0	0,866***
Nam	9 (42,9)	28 (35,4)	0,614*
Nữ	12 (57,1)	51 (64,6)	
Sốt	4 (19,0)	2 (2,5)	0,017**
Mệt mỏi	6 (28,6)	11 (13,9)	0,187**

*Chi-square test, **Fisher exact test, ***Mann–Whitney U test.

Nhận xét: Tuổi và giới tính không khác biệt giữa hai nhóm bệnh nhân viêm da cơ có anti-MDA5 dương tính và âm tính ($p > 0,05$). Tỷ lệ sốt ở nhóm anti-MDA5 dương tính cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm âm tính (19,0% so với 2,5%; $p = 0,017$), trong khi tỷ lệ mệt mỏi có xu hướng cao hơn nhưng chưa có ý nghĩa thống kê (28,6% so với 13,9%; $p = 0,187$).

Bảng 2. Các biểu hiện da ở bệnh nhân viêm da cơ theo tình trạng anti-MDA5 (n=100)

Tổn thương da	Anti-MDA5 (+) (n=21)	Anti-MDA5 (-) (n=79)	Tổng (n=100)	p
	n(%)	n(%)	n(%)	
Ban heliotrope	16 (76,2)	61 (77,2)	77 (77,0)	1,000**
V-sign	10 (47,6)	52 (65,8)	62 (62,0)	0,129*
Shawl sign	8 (38,1)	32 (40,5)	40 (40,0)	0,841*
Holster sign	2 (9,5)	18 (22,8)	20 (20,0)	0,230**

Tổn thương da	Anti-MDA5 (+) (n=21)	Anti-MDA5 (-) (n=79)	Tổng (n=100)	p
	n(%)	n(%)	n(%)	
<i>Dấu hiệu Gottron</i>	16 (76,2)	42 (53,2)	58 (58,0)	0,057*
<i>Sẩn Gottron</i>	6 (28,6)	37 (46,8)	43 (43,0)	0,133*
<i>Ban đỏ không đặc hiệu</i>	12 (57,1)	53 (67,1)	65 (65,0)	0,396*
<i>Bàn tay thợ cơ khí</i>	4 (19,0)	5 (6,3)	9 (9,0)	0,089**
<i>Chứng loang lỗ da (Poikiloderma)</i>	3 (14,3)	15 (19,0)	18 (18,0)	0,755**
<i>Lắng đọng canxi dưới da</i>	7 (33,3)	11 (13,9)	18 (18,0)	0,055**
<i>Raynaud</i>	10 (47,6)	8 (10,1)	18 (18,0)	<0,001**
<i>Sẹo đầu chi</i>	3 (14,3)	3 (3,8)	6 (6,0)	0,103**
<i>Loét da</i>	8 (38,1)	11 (13,9)	19 (19,0)	0,024**
<i>Sẩn lòng bàn tay</i>	7 (33,3)	5 (6,3)	12 (12,0)	0,003**
<i>Giãn mạch quanh móng</i>	12 (57,1)	44 (55,7)	56 (56,0)	0,906*

*Chi-square test, **Fisher exact test.

Nhận xét: Các tổn thương da điển hình của viêm da cơ như ban heliotrope, dấu hiệu Gottron, V-sign, Shawl sign và ban đỏ không đặc hiệu gặp với tỷ lệ tương tự ở hai nhóm. Ngược lại, hiện tượng Raynaud (47,6% so với 10,1%; $p < 0,001$), sẩn lòng bàn tay (33,3% so với 6,3%; $p = 0,003$) và loét da (38,1% so với 13,9%; $p = 0,024$) gặp nhiều hơn rõ rệt ở nhóm anti-MDA5 dương tính.



Hình 1. Sẩn lòng bàn tay và loét da ở bệnh nhân viêm da cơ có anti-MDA5 dương tính

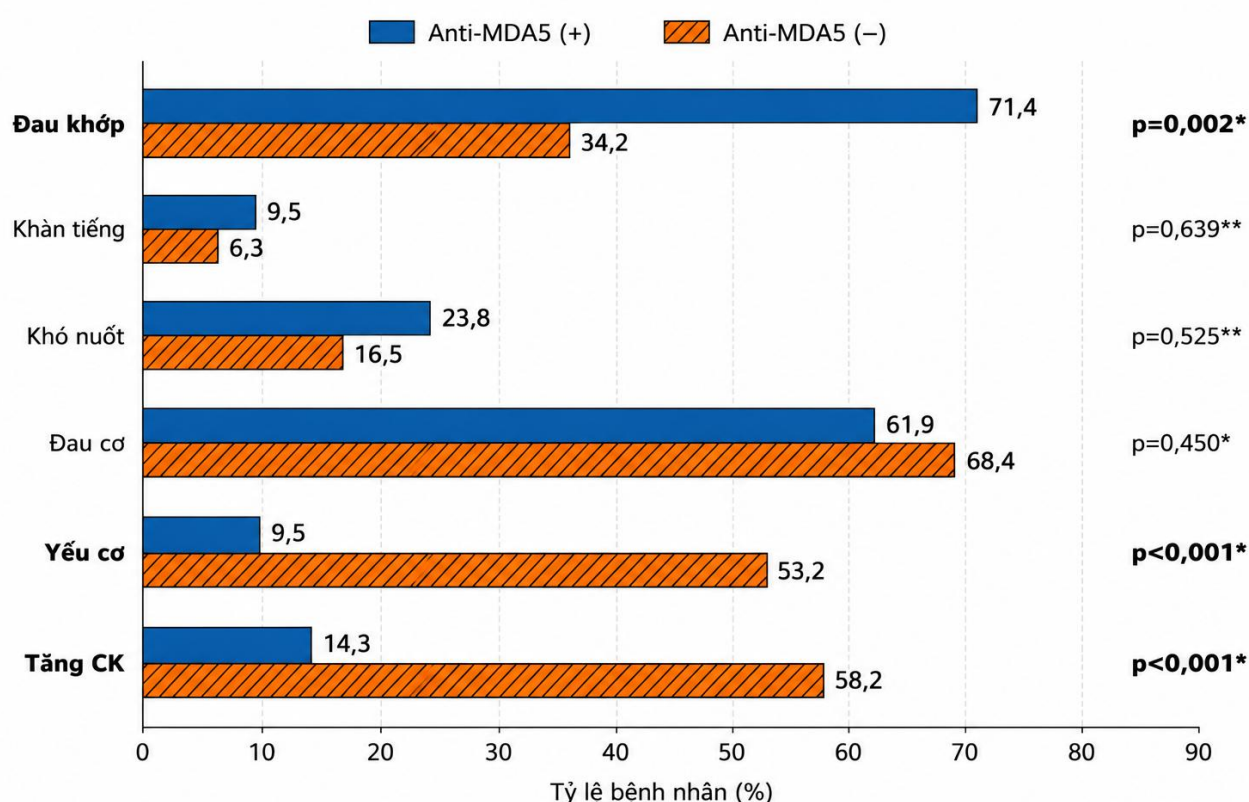
Bảng 3. Một số đặc điểm tổn thương cơ quan và miễn dịch theo tình trạng anti-MDA5 ở bệnh nhân viêm da cơ

Đặc điểm	Anti-MDA5 (+) n/N (%)	Anti-MDA5 (-) n/N (%)	Tổng n/N (%)	p
Hô hấp				
<i>Ho</i>	4/21 (19,0)	7/79 (8,9)	11/100 (11,0)	0,236**
<i>Khó thở</i>	4/21 (19,0)	11/79 (13,9)	15/100 (15,0)	0,512**
<i>Bệnh phổi kẽ trên HRCT†</i>	16/21 (76,2)	12/55 (21,8)	28/76 (36,8)	<0,001*
Tim mạch				
<i>Rối loạn nhịp tim</i>	0/21 (0,0)	9/79 (11,4)	9/100 (9,0)	0,198**
Miễn dịch				
<i>ANA HEp-2 dương tính</i>	15/21 (71,4)	61/79 (77,2)	76/100 (76,0)	0,581*

*Chi-square test, **Fisher exact test.

† Phân tích trên 76 bệnh nhân được chụp HRCT ngực, gồm 21 bệnh nhân anti-MDA5 dương tính và 55 bệnh nhân anti-MDA5 âm tính.

Nhận xét: Tỷ lệ ANA HEp-2 dương tính ở nhóm anti-MDA5 dương tính là 71,4%, thấp hơn không đáng kể so với nhóm anti-MDA5 âm tính là 77,2%; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,581$). Về triệu chứng hô hấp trên lâm sàng, ho và khó thở có xu hướng gặp nhiều hơn ở nhóm anti-MDA5 dương tính nhưng sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Ngược lại, trong nhóm bệnh nhân được chụp HRCT ngực, tỷ lệ bệnh phổi kẽ ở nhóm anti-MDA5 dương tính cao hơn rõ rệt so với nhóm anti-MDA5 âm tính (76,2% so với 21,8%; $p < 0,001$). Về tim mạch, rối loạn nhịp tim được ghi nhận ở 9,0% bệnh nhân, chỉ gặp ở nhóm anti-MDA5 âm tính; sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,198$).

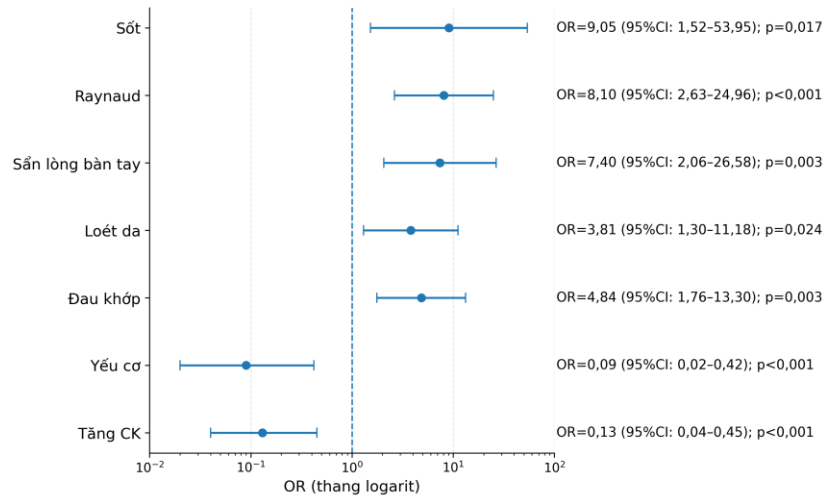


*Chi-square test; **Fisher exact test. Tỷ lệ (%) được tính trên tổng số bệnh nhân của từng nhóm nghiên cứu.

Biểu đồ 1. So sánh các biểu hiện cơ và khớp theo tình trạng anti-MDA5 ở bệnh nhân viêm da cơ (n=100)

Nhận xét: Nhóm anti-MDA5 dương tính có tỷ lệ đau khớp cao hơn rõ rệt so với nhóm anti-MDA5 âm tính (71,4% so với 34,2%; $p = 0,002$). Ngược lại, yếu cơ và tăng CK ít gặp hơn ở nhóm anti-MDA5 dương tính, lần lượt là 9,5% so với 53,2% và 14,3% so với 58,2% (đều $p < 0,001$). Các biểu hiện đau cơ, khó nuốt và khàn tiếng không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.

Phân tích hồi quy logistic đơn biến các yếu tố định hướng nhận diện anti-MDA5 dương tính



OR và 95%CI được tính bằng hồi quy logistic đơn biến. Đường đứt đoạn biểu thị OR = 1; OR > 1 liên quan thuận và OR < 1 liên quan nghịch với anti-MDA5 dương tính.

Biểu đồ 2. Phân tích hồi quy logistic đơn biến các yếu tố định hướng nhận diện anti-MDA5 dương tính (n=100)

Nhận xét: Hiện tượng Raynaud, sẩn lòng bàn tay, loét da, đau khớp và sốt có liên quan thuận với tình trạng anti-MDA5 dương tính, với OR dao động từ 3,81 đến 9,05. Trong đó, Raynaud (OR = 8,10; 95%CI: 2,63–24,96) và sẩn lòng bàn tay (OR = 7,40; 95%CI: 2,06–26,58) là các yếu tố có mối liên quan mạnh nhất. Ngược lại, yếu cơ có mối liên quan nghịch với anti-MDA5 dương tính (OR = 0,09; 95%CI: 0,02–0,42; p < 0,001).

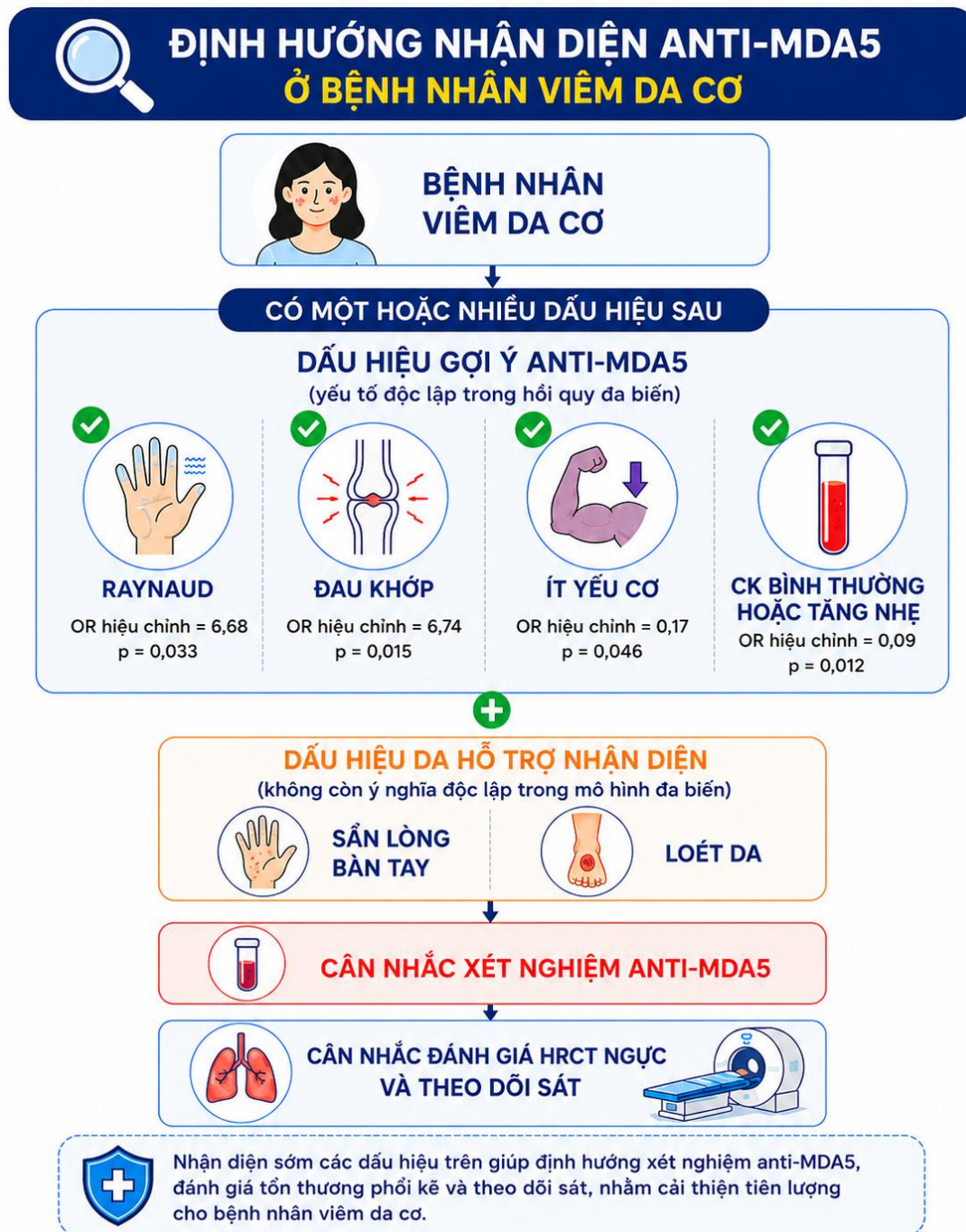
Bảng 4. Kết quả phân tích hồi quy đa biến các đặc điểm liên quan với tình trạng kháng thể anti-MDA5 ở bệnh nhân viêm da cơ (n=100)

Đặc điểm lâm sàng	aOR	95%CI	p
Raynaud	6,68	1,16 – 38,44	0,033
Sẩn lòng bàn tay	3,06	0,45 – 20,68	0,251
Loét da	2,73	0,46 – 16,05	0,266
Đau khớp	6,74	1,46 – 31,15	0,015
Yếu cơ	0,17	0,03 – 0,97	0,046
Tăng CK	0,09	0,01 – 0,59	0,012

aOR: adjusted Odds ratio; CI: Confidence interval. Các biến được đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến gồm Raynaud, sẩn lòng bàn tay, loét da, đau khớp, yếu cơ và tăng CK.

Nhận xét: Sau khi hiệu chỉnh đồng thời các yếu tố lâm sàng, Raynaud (aOR = 6,68; 95%CI: 1,16–38,44; p = 0,033) và đau khớp (aOR = 6,74; 95%CI: 1,46–31,15; p = 0,015) vẫn là các yếu tố liên quan độc lập với tình trạng anti-MDA5 dương tính. Ngược lại, yếu cơ (aOR =

0,17; $p = 0,046$) và tăng CK (aOR = 0,09; $p = 0,012$) liên quan nghịch với anti-MDA5 dương tính. Trong khi đó, sẩn lòng bàn tay và loét da không còn đạt ý nghĩa thống kê sau khi hiệu chỉnh.



Hình 2. Sơ đồ định hướng nhận diện bệnh nhân viêm da cơ có anti-MDA5 dương tính. Các dấu hiệu gồm Raynaud, đau khớp, ít yếu cơ và CK bình thường hoặc tăng nhẹ là các yếu tố liên quan độc lập trong mô hình hồi quy logistic đa biến. Sẩn lòng bàn tay và loét da là các dấu hiệu da hỗ trợ nhận diện. Khi có một hoặc nhiều dấu hiệu trên, nên cân nhắc xét nghiệm anti-MDA5 và đánh giá bệnh phổi kẽ bằng HRCT.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân viêm da cơ có anti-MDA5 dương tính biểu hiện một kiểu hình lâm sàng khác biệt so với nhóm anti-MDA5 âm tính, nổi bật bởi các biểu hiện tổn thương mạch máu ngoại vi, tổn thương khớp, ít biểu hiện tổn thương cơ.⁵⁻⁹ Những đặc điểm này có giá trị thực hành quan trọng, giúp bác sĩ da liễu định hướng chỉ định xét nghiệm anti-MDA5 ngay từ lần khám đầu tiên, đặc biệt tại các cơ sở chưa triển khai thường quy xét nghiệm tự kháng thể đặc hiệu viêm cơ.

MDA5 là một thụ thể nhận diện RNA virus thuộc nhóm RIG-I-like receptors, có vai trò hoạt hóa đáp ứng miễn dịch bẩm sinh và đường truyền tín hiệu interferon type I.¹¹ Sự hoạt hóa kéo dài trực tiếp MDA5–interferon được cho là góp phần vào rối loạn miễn dịch, tổn thương nội mô và vi mạch ở bệnh nhân viêm da cơ có anti-MDA5.¹¹ Cơ chế này có thể liên quan với kiểu hình tổn thương mạch máu ngoại vi, bao gồm hiện tượng Raynaud, loét da và sản lòng bàn tay, đồng thời góp phần giải thích mối liên quan chặt chẽ giữa anti-MDA5 và bệnh phổi kẽ.^{8,11} Những đặc điểm bệnh sinh này phù hợp với kiểu hình lâm sàng ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi và giới tính không khác biệt giữa hai nhóm, phù hợp với báo cáo của Hall và cộng sự cũng như De Greef và cộng sự, khi các tác giả đều ghi nhận anti-MDA5 chưa cho thấy mối liên quan rõ rệt đến đặc điểm nhân khẩu học mà chủ yếu quyết định kiểu hình lâm sàng và mức độ tổn thương cơ quan.^{5,7} Tỷ lệ sốt cao hơn ở nhóm anti-MDA5 dương tính cũng tương đồng với nhận định của Moghadam-Kia và cộng sự, cho rằng đây là biểu hiện của tình trạng hoạt hóa miễn dịch hệ thống và phản ứng viêm mạnh ở nhóm bệnh nhân này.⁶ Tuy nhiên, số trường hợp có sốt trong nghiên cứu còn ít; do đó, kết quả này cần thận trọng và biến sốt không được đưa vào mô hình hồi quy đa biến.

Đối với tổn thương da, các dấu hiệu kinh điển của viêm da cơ như ban heliotrope, dấu hiệu Gottron, V-sign và Shawl sign xuất hiện với tỷ lệ tương tự giữa hai nhóm, cho thấy đây là các biểu hiện có giá trị chẩn đoán viêm da cơ nhưng không có khả năng phân biệt tình trạng anti-MDA5. Ngược lại, hiện tượng Raynaud, sản lòng bàn tay và loét da gặp nhiều hơn rõ rệt ở nhóm anti-MDA5 dương tính. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Fiorentino và cộng sự, trong đó sản lòng bàn tay và loét da được xem là các tổn thương da đặc trưng của viêm da cơ có anti-MDA5, phản ánh tình trạng tổn thương vi mạch và viêm mạch máu nhỏ.⁸ Hall và cộng sự cũng ghi nhận hiện tượng Raynaud và loét đầu chi xuất hiện với tần suất cao hơn ở nhóm anti-MDA5, góp phần hình thành kiểu hình "vasculopathic dermatomyositis".⁵ Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau khi hiệu chỉnh các yếu tố đồng thời bằng hồi quy logistic đa biến, chỉ còn Raynaud duy trì mối liên quan độc lập với anti-MDA5 dương tính, trong khi sản lòng bàn tay và loét da không

còn đạt ý nghĩa thống kê. Điều này nhiều khả năng liên quan đến cỡ mẫu còn hạn chế cũng như sự chồng lấp giữa các biểu hiện tổn thương mạch máu. Tuy nhiên, trên thực hành lâm sàng, hai dấu hiệu này vẫn có giá trị hỗ trợ quan trọng trong việc nâng cao mức độ nghi ngờ anti-MDA5. Đau khớp là một trong những yếu tố liên quan độc lập với anti-MDA5 dương tính trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả này phù hợp với Hall và De Greef khi các tác giả đều ghi nhận bệnh nhân anti-MDA5 thường có biểu hiện viêm khớp hoặc đau khớp xuất hiện sớm, đôi khi nổi bật hơn triệu chứng cơ và dễ bị nhầm với các bệnh lý thấp khớp khác.^{5,7} Việc nhận biết đặc điểm này giúp bác sĩ da liễu và bác sĩ lâm sàng cân nhắc chỉ định xét nghiệm anti-MDA5 ngay từ giai đoạn đầu của bệnh.

Ngược lại, nhóm anti-MDA5 dương tính có tỷ lệ yếu cơ thấp hơn và nồng độ creatine kinase thường bình thường hoặc chỉ tăng nhẹ. Sau phân tích đa biến, yếu cơ và tăng CK đều liên quan nghịch độc lập với anti-MDA5 dương tính. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của Sato, Moghadam-Kia, và Allenbach trong đó anti-MDA5 được xem là dấu ấn miễn dịch đặc trưng của thể viêm da cơ ít tổn thương cơ (hypomyopathic hoặc clinically amyopathic dermatomyositis).^{4,6,12} Đặc điểm này giải thích vì sao một số bệnh nhân anti-MDA5 có biểu hiện da và triệu chứng toàn thân rõ rệt nhưng CK vẫn bình thường, dễ dẫn đến bỏ sót chẩn đoán nếu chỉ dựa vào biểu hiện cơ. Nhận định này cũng phù hợp với tổng quan của Satoh và cộng sự về các tự kháng thể đặc hiệu viêm cơ, trong đó anti-MDA5 được mô tả là dấu ấn miễn dịch gắn với kiểu hình ít tổn thương cơ.¹³

Đối với các đặc điểm miễn dịch và tổn thương cơ quan, tỷ lệ ANA HEp-2 dương tính không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm, cho thấy tình trạng ANA dương tính đơn thuần có giá trị hạn chế trong phân biệt kiểu hình anti-MDA5. Đáng chú ý, mặc dù tỷ lệ ho và khó thở không khác biệt có ý nghĩa thống kê, bệnh phổi kẽ trên HRCT gặp nhiều hơn rõ rệt ở nhóm anti-MDA5 dương tính. Sự không tương xứng giữa triệu chứng hô hấp lâm sàng và tổn thương trên hình ảnh học cho thấy việc chỉ dựa vào ho hoặc khó thở có thể chưa đủ để loại trừ tổn thương phổi ở nhóm bệnh nhân này, qua đó củng cố vai trò của việc chủ động đánh giá tổn thương phổi bằng HRCT khi có anti-MDA5 dương tính hoặc kiểu hình lâm sàng gợi ý. Về tim mạch, chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về rối loạn nhịp tim giữa hai nhóm.

Từ các kết quả trên, chúng tôi đề xuất mô hình nhận diện lâm sàng đơn giản gồm: hiện tượng Raynaud hoặc đau khớp, đặc biệt khi ít yếu cơ và CK bình thường hoặc chỉ tăng nhẹ, nên được xem là tổ hợp dấu hiệu gợi ý mạnh anti-MDA5 dương tính. Sẩn lòng bàn tay và loét da là các dấu hiệu hỗ trợ giúp tăng độ nghi ngờ trên lâm sàng. Mô hình này phù hợp với thực hành da liễu và có thể hỗ trợ bác sĩ lựa chọn bệnh nhân cần thực hiện xét nghiệm anti-MDA5 cũng như đánh giá

sớm bệnh phổi kẽ bằng HRCT, phù hợp với khuyến cáo từ các nghiên cứu của De Greef, Fiorentino và Gono về vai trò của việc phát hiện sớm nhóm bệnh nhân nguy cơ cao.⁷⁻⁹ Nghiên cứu có một số hạn chế như cỡ mẫu anti-MDA5 dương tính còn nhỏ, thiết kế cắt ngang chưa đánh giá được giá trị tiên lượng theo thời gian và chưa phân tích đầy đủ các dấu ấn miễn dịch khác. Dữ liệu về tổn thương thận và một số đánh giá cận lâm sàng tim mạch chưa đầy đủ, đồng thời các đặc điểm tổn thương phổi trên HRCT chưa được phân tích chuyên sâu. Đây là những vấn đề cần được tiếp tục đánh giá trong các nghiên cứu tiếp theo. Tuy nhiên, việc so sánh trực tiếp hai nhóm bệnh nhân trong cùng một quần thể đã giúp xác định được các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng có giá trị định hướng nhận diện anti-MDA5 trong thực hành.

5. KẾT LUẬN

Bệnh nhân viêm da cơ có anti-MDA5 dương tính biểu hiện kiểu hình lâm sàng đặc trưng với Raynaud và đau khớp gặp nhiều hơn, trong khi yếu cơ và tăng CK ít gặp hơn so với nhóm anti-MDA5 âm tính. Sau phân tích hồi quy logistic đa biến, Raynaud và đau khớp là các yếu tố liên quan độc lập với anti-MDA5 dương tính, còn ít yếu cơ và CK bình thường hoặc tăng nhẹ là những đặc điểm liên quan nghịch có giá trị nhận diện. Sần lòng bàn tay và loét da là các dấu hiệu da hỗ trợ quan trọng trên lâm sàng.

Việc nhận diện tổ hợp các biểu hiện trên giúp định hướng chỉ định xét nghiệm anti-MDA5 sớm, nên đánh giá HRCT ngực và theo dõi sát, đặc biệt tại các cơ sở chưa triển khai thường quy xét nghiệm tự kháng thể đặc hiệu viêm cơ.

Lời cảm ơn:

Nhóm tác giả xin trân trọng cảm ơn Ban Giám đốc, Khoa Điều trị nội trú ban ngày, và Khoa Xét nghiệm của Bệnh viện Da liễu Trung ương đã tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình thu thập số liệu và thực hiện nghiên cứu. Chúng tôi cũng xin gửi lời cảm ơn tới tất cả các bệnh nhân đã đồng ý tham gia nghiên cứu và hợp tác trong quá trình thu thập thông tin.

Cam kết không xung đột lợi ích:

Nghiên cứu này không nhận tài trợ từ bất kỳ tổ chức, cá nhân hoặc đơn vị thương mại nào. Tất cả các tác giả đã tham gia xây dựng ý tưởng nghiên cứu, thu thập và phân tích số liệu, diễn giải kết quả, chỉnh sửa và hoàn thiện bản thảo, đồng thời thống nhất về nội dung khoa học và đồng ý gửi đăng bài báo. Các tác giả cam kết không có bất kỳ xung đột lợi ích nào liên quan đến kết quả nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lundberg IE, Tjärnlund A, Bottai M, et al. 2017 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology Classification Criteria for Adult and Juvenile Idiopathic Inflammatory Myopathies and Their Major Subgroups. *Arthritis Rheumatol*. 2017;69(12):2271-2282. doi:10.1002/art.40320.
2. Dalakas MC. Inflammatory Muscle Diseases. *N Engl J Med*. 2015;372(18):1734-1747. doi:10.1056/NEJMr1402225.
3. Betteridge ZE, McHugh NJ. Myositis-specific autoantibodies: an important tool to support diagnosis of myositis. *J Intern Med*. 2016;280(1):8-23. doi:10.1111/joim.12451.
4. Sato S, Hoshino K, Satoh T, et al. RNA helicase encoded by melanoma differentiation-associated gene 5 is a major autoantigen in clinically amyopathic dermatomyositis. *Arthritis Rheum*. 2009;60(7):2193-2200. doi:10.1002/art.24621.
5. Hall JC, Casciola-Rosen L, Samedy LA, et al. Anti-MDA5-associated dermatomyositis: expanding the clinical spectrum. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2013;65(8):1307-1315. doi:10.1002/acr.21992.
6. Moghadam-Kia S, Oddis CV, Aggarwal R. Anti-MDA5 antibody spectrum in dermatomyositis. *Curr Rheumatol Rep*. 2018;20(12):78. doi:10.1007/s11926-018-0792-2.
7. De Greef A, De Vooght J, et al. Anti-MDA5 dermatomyositis: clinical features and outcomes. *Autoimmun Rev*. 2022;21(3):103016. doi:10.1016/j.autrev.2022.103016.
8. Fiorentino DF, Chung LS, Christopher-Stine L, et al. Most patients with anti-MDA5 dermatomyositis have distinctive skin findings and a high risk of interstitial lung disease. *Br J Dermatol*. 2011;165(1):25-30. doi:10.1111/j.1365-2133.2011.10378.x.
9. Gono T, Sato S, Kawaguchi Y, et al. Anti-MDA5 antibody, ferritin and ILD in dermatomyositis. *Rheumatology (Oxford)*. 2012;51(9):1563-1570. doi:10.1093/rheumatology/kes102.
10. Koga T, Fujikawa K, Horai Y, et al. The diagnostic utility of anti-MDA5 antibody testing for dermatomyositis. *Mod Rheumatol*. 2012;22(6):861-864. doi:10.1007/s10165-011-0575-1.
11. Hu H, Yang H, Liu Y, Yan B. Pathogenesis of anti-melanoma differentiation-associated gene 5 antibody-positive dermatomyositis: a concise review with an emphasis on type I interferon system. *Front Med (Lausanne)*. 2022;8:833114. doi:10.3389/fmed.2021.833114.
12. Allenbach Y, Benveniste O, Stenzel W, Boyer O. Integrated classification of inflammatory myopathies. *Neuropathol Appl Neurobiol*. 2017;43(1):62-81. doi:10.1111/nan.12380.
13. Satoh M, Tanaka S, Ceribelli A, et al. A comprehensive overview on myositis-specific autoantibodies. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2017;52(1):1-19. doi:10.1007/s12016-015-8510-3.

SUMMARY

Original research

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES ASSOCIATED WITH ANTI-MDA5 ANTIBODY STATUS IN PATIENTS WITH DERMATOMYOSITIS

Le Thi Thu Trang¹, Le Huu Doanh^{2,3}, Nguyen Thi Ha Vinh^{2,3},
Hoang Thi Phuong², and Le Huyen My^{2*}

¹*Friendship Hospital*

²*Hanoi Medical University*

³*National Hospital of Dermatology and Venereology*

*Correspondence: email: drlehuyenmy@gmail.com

ABSTRACT

Objectives:

To investigate clinical and paraclinical features associated with anti-MDA5 antibody positivity in patients with dermatomyositis.

Methods:

A cross-sectional case-control study was conducted on 100 patients with dermatomyositis treated at the National Hospital of Dermatology and Venereology from August 2025 to May 2026.

Patients were classified according to anti-MDA5 antibody status into 21 anti-MDA5-positive and 79 anti-MDA5-negative patients. Mean age at onset was 42.0 ± 14.0 and 41.4 ± 23.0 years, respectively; the corresponding proportions of male patients were 42.9% and 35.4%. Clinical and paraclinical features were compared between the two groups, and independent factors associated with anti-MDA5 positivity were identified using multivariable logistic regression.

Results:

Patients with anti-MDA5 positivity had significantly higher frequencies of Raynaud phenomenon (47.6% vs. 10.1%, $p < 0.001$), palmar papules (33.3% vs. 6.3%, $p = 0.003$), skin ulcers (38.1% vs. 13.9%, $p = 0.024$), arthralgia (71.4% vs. 34.2%, $p = 0.002$), and fever (19.0% vs. 2.5%, $p = 0.017$). In contrast, muscle weakness (9.5% vs. 53.2%, $p < 0.001$) and elevated creatine kinase

(14.3% vs. 58.2%, $p < 0.001$) were less common in the anti-MDA5-positive group. Classical dermatomyositis skin manifestations, including heliotrope rash, Gottron sign, V-sign and shawl sign, were observed at similar frequencies between the two groups. Multivariable logistic regression identified Raynaud phenomenon (adjusted OR = 6.68, 95% CI: 1.16–38.44, $p = 0.033$) and arthralgia (adjusted OR = 6.74, 95% CI: 1.46–31.15, $p = 0.015$) as independent factors associated with anti-MDA5 positivity, whereas muscle weakness and elevated creatine kinase were inversely associated.

Conclusion:

Anti-MDA5-positive dermatomyositis is characterized by a distinct clinical phenotype, including Raynaud phenomenon, arthralgia, mild muscle involvement, and normal or mildly elevated creatine kinase levels. Palmar papules and skin ulcers are important supportive cutaneous features that may increase clinical suspicion of anti-MDA5 positivity. Recognition of these features may help guide early anti-MDA5 testing and consideration of chest HRCT when interstitial lung disease is suspected.

Keywords: *anti-MDA5 antibody; clinical features; dermatomyositis.*