

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA VIÊM MẠCH HỦY BẠCH CẦU Ở DA (LEUKOCYTOCLASTIC VASCULITIS)

Trần Thu Hà¹, Đinh Hữu Nghị^{1,2}, Vũ Thị Phương Dung², Lê Hữu Doanh^{1,2}, Nguyễn Thùy Linh^{1,2}, Vũ Huy Lượng^{1,2,*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm mạch hủy bạch cầu ở da

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 9 năm 2024 đến tháng 8 năm 2025 trên 124 bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng là viêm mạch có hình ảnh mô bệnh học LCV tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Da liễu Trung ương

Kết quả: Kết quả nghiên cứu cho thấy 36,3% bệnh nhân mắc ban xuất huyết Schonlein-Henoch, trong đó triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất là dát xuất huyết (95,2%), thường gặp ở cẳng chân (99,2%). Xét nghiệm cho thấy 31,5% bệnh nhân tăng bạch cầu, 25% tăng lympho, 19,4% tăng bạch cầu đa nhân trung tính, không ghi nhận thiếu máu. Tăng ure chiếm 10,5%, tăng men gan 3,2%, không có trường hợp tăng creatinine. Bất thường nước tiểu gồm: 5,6% có bạch cầu, 26,6% hồng cầu, 27,4% protein niệu; pH trung bình $6 \pm 0,24$. Về miễn dịch, IgA dương tính ở 38,7%, fibrinogen 26,6%, C3 12,1%, IgM 4% và IgG 2,4%

Kết luận: Viêm mao mạch chủ yếu biểu hiện bằng dát xuất huyết ở cẳng chân. Các rối loạn huyết học và sinh hóa ít gặp, không ghi nhận thiếu máu hay tăng creatinine. Tổn thương thận được phát hiện qua protein niệu và hồng cầu niệu ở khoảng 1/4 bệnh nhân. Xét nghiệm miễn dịch cho thấy IgA dương tính chiếm tỷ lệ cao nhất. Kết quả góp phần làm rõ đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, hỗ trợ chẩn đoán bệnh.

Từ khóa: đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, viêm mạch hủy bạch cầu, da liễu.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mạch được định nghĩa là tình trạng viêm trong mạch máu, có thể xảy ra như một quá trình nguyên phát hoặc thứ phát sau một bệnh lý tiềm ẩn, các triệu chứng lâm sàng rất đa dạng. Viêm mạch được phân loại thành viêm mạch nhỏ, mạch vừa hoặc mạch lớn.¹ Viêm mạch hủy bạch cầu - LCV là một thuật ngữ mô bệnh học dùng để chỉ tình trạng viêm mạch máu nhỏ, trong đó thâm nhiễm viêm bao gồm bạch cầu trung tính. Sau khi giải phóng hạt, bạch cầu trung tính chết và phân hủy, một quá trình được gọi là leukocytoclasia, giải

phóng các mảnh vụn hạt nhân, còn được gọi là bụi hạt nhân. Viêm mạch hủy bạch cầu ở da là tình trạng viêm mạch máu nhỏ được đặc trưng về mặt bệnh học bởi viêm mạch do phức hợp miễn dịch ở các mao mạch và tiểu tĩnh mạch ở da, thường xuất hiện trong các bệnh lý như viêm mạch IgA (Schönlein Henoch), viêm mạch liên quan đến kháng thể kháng bạch cầu trung tính (ANCA), viêm mạch do một số loại thuốc penicillin, cephalosporin, sulfonamid (bao gồm hầu hết các thuốc lợi tiểu quai và loại thiazide), phenytoin, allopurinol,² viêm mạch phức hợp miễn dịch immunoglobulin M (IgM)/immunoglobulin G (IgG) ở da... Biểu hiện da ở các bệnh lý viêm mạch hủy bạch cầu là tương tự nhau. Viêm mạch hủy bạch cầu thường giới hạn ở da với các biểu hiện ngoài da hiếm gặp ở dưới 30% các trường hợp. Các đặc điểm lâm sàng chính của viêm mạch hủy bạch

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Da liễu Trung ương

*Tác giả liên hệ: Email: vuhuyluong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 17/9/2025

Ngày phản biện: 13/10/2025

Ngày chấp nhận đăng: 15/10/2025

DOI: 10.56320/tcdlhn.52.356

cầu ở da bao gồm ban xuất huyết và/hoặc chấm xuất huyết, đôi khi các tổn thương này hợp nhất, loét hoặc được bao quanh bởi các bọt nước xuất huyết, các tổn thương dạng mào đay, dát tăng sắc tố vị trí ở chi dưới, liên quan đến mạch máu nhỏ.³⁻⁵ Nếu nghi ngờ viêm mạch hủy bạch cầu ở da cần tiến hành cắt sinh thiết tại tổn thương. Để chẩn đoán nguyên nhân gây viêm mạch ngoài việc thăm khám lâm sàng cần khai thác tiền sử dùng thuốc và bệnh lý đi kèm, mẫu sinh thiết cũng nên được gửi đi để thực hiện các xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang trực tiếp (DIF) để xác định các lắng đọng immunoglobulin và bổ thể trong da, xét nghiệm kháng thể kháng tế bào chất bạch cầu trung tính (ANCA) khi bệnh nhân có biểu hiện với các triệu chứng toàn thân gợi ý bệnh viêm mãn tính (mệt mỏi, sụt cân, sốt, đổ mồ hôi đêm, đau cơ hoặc đau đa khớp) hoặc viêm xoang, chảy nước mũi, đau tai hoặc điếc (do liên quan đến đường hô hấp trên), ho, khó thở, thở khò khè hoặc ho ra máu (do liên quan đến phổi) và đau mắt đỏ (do viêm củng mạc).⁶ Hầu hết các trường hợp viêm mạch máu nhỏ ngoài da vô căn đều tự giới hạn với 90% khỏi trong vài tuần đến vài tháng sau khi khởi phát. Trong trường hợp viêm mạch dai dẳng, phương pháp điều trị phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của bệnh và có thể bao gồm từ corticosteroid đường uống đến nhiều loại thuốc thay thế steroid khác nhau.^{7,8} Nghiên cứu của Đỗ Thị Thúy Hồng từ năm 2009 đến tháng 3 năm 2013 tại Bệnh viện Da liễu Trung ương đã mô tả đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học trên 67 bệnh nhân viêm mao mạch và 30 mẫu sinh thiết da. Kết quả cho thấy bệnh chủ yếu gặp ở nữ, tuổi trung bình 33,82. Triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất là ban xuất huyết (79,1%). Mô bệnh học ghi nhận 100% có viêm và hoại tử fibrin thành mạch, 23,3% có bạch cầu ưa acid, 26,7% có bạch cầu lympho.⁹ Nghiên cứu của Nguyễn Lê Hà tại Bệnh viện Bạch Mai nghiên cứu trên 31 bệnh nhân được chẩn đoán viêm mao mạch dị ứng 7/2016- 8/2017 ghi nhận tỷ lệ bạch cầu trung tính/lympho trung bình là $6,41 \pm 5,1$. Chỉ số này

không liên quan đến tuổi, thời gian nằm viện, biểu hiện khớp hay thận, nhưng có ý nghĩa thống kê với biểu hiện xuất huyết tiêu hóa và cao hơn rõ rệt ở bệnh nhân nam.¹⁰ Xác định đúng tình trạng bệnh với các biểu hiện trên lâm sàng và cận lâm sàng của các tổn thương da sẽ giúp ích nhiều cho việc điều trị và tiên lượng bệnh. Tại Bệnh viện Da liễu Trung ương, chúng tôi gặp khá nhiều bệnh nhân mắc các bệnh lý viêm mạch hủy bạch cầu ở da ở cả trẻ em và người lớn. Tuy nhiên tại Việt Nam cho đến nay rất ít những nghiên cứu về nhóm bệnh này được tiến hành. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu “*Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm mạch hủy bạch cầu ở da (LCV) từ 9/2024-8/2025*”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: khoa Khám bệnh, Bệnh viện Da liễu Trung ương.
- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 9 năm 2024 đến tháng 8 năm 2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

- Các bệnh nhân được chẩn đoán trên lâm sàng là viêm mạch có hình ảnh mô bệnh học LCV tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện Da liễu Trung ương.
- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán là viêm mạch theo tiêu chuẩn chẩn đoán trên, đồng ý tham gia nghiên cứu, trả lời các câu hỏi. Không phân biệt về tuổi.
 - Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không kiểm soát được hành vi, bệnh nhân không đồng ý tham gia và bệnh nhân mắc bệnh nội khoa nặng.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

- Cỡ mẫu: toàn bộ. Lấy toàn bộ bệnh nhân điều trị ngoại trú được chẩn đoán viêm mạch có tổn thương trên mô bệnh học là hình ảnh LCV tại Bệnh viện da liễu Trung ương trong thời gian từ 9/2024 đến 08/2025.

- Chọn mẫu: ngẫu nhiên

2.5. Biến số, chỉ số nghiên cứu

Nhóm biến số theo mục tiêu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: tổn thương cơ bản, triệu chứng cơ năng, triệu chứng toàn thân, mô bệnh học, chỉ số tế bào máu ngoại vi, sinh hóa máu, tổng phân tích nước tiểu.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

- Công cụ thu thập được xây dựng dựa trên biến số nghiên cứu, đảm bảo độ tin cậy, chính xác và khả thi.
- Người thu thập số liệu phải được tập huấn, chuẩn hóa và tuân thủ quy trình nghiên cứu.
- Quy trình cần thực hiện nghiêm túc, có giám sát để bảo đảm chất lượng.
- Thông tin được kiểm tra logic trước khi phân tích

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

- Số liệu thu thập được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0

- Số liệu định tính được biểu hiện dưới dạng tỉ lệ %.
- Số liệu định lượng được biểu hiện dưới dạng trung bình $\pm$ SD.
- Phân tích: so sánh tỉ lệ bằng test χ^2 , so sánh trung bình trước sau bằng T-test, $p<0,05$ được cho là có ý nghĩa thống kê.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu chỉ được tiến hành khi đề cương được thông qua, được phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức, Hội đồng khoa học của trường Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Da liễu Trung ương.
- Đối tượng nghiên cứu đồng ý và tự nguyện tham gia sau khi được giải thích về mục đích và lợi ích của nghiên cứu. Các thông tin được giữ bí mật.

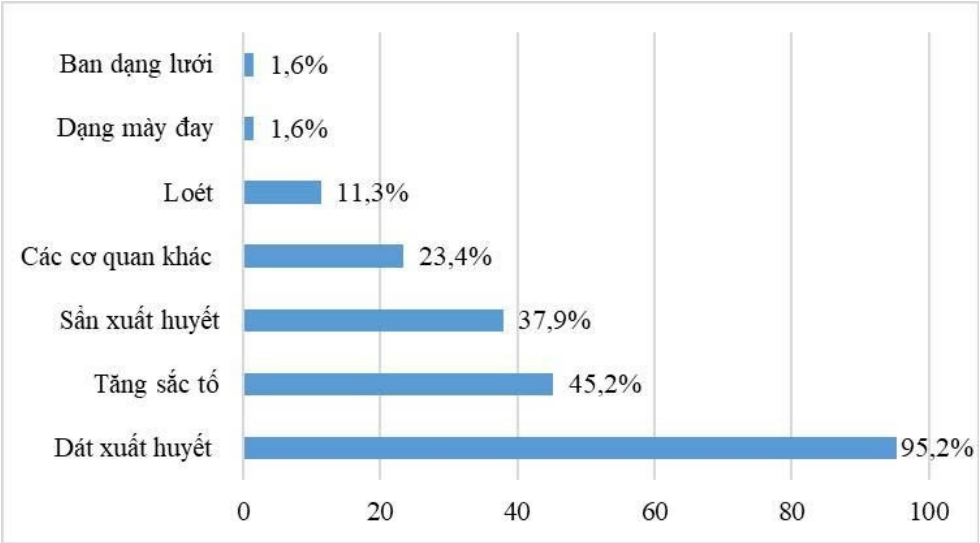
3. KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n=124)

Đặc điểm	Số lượng	%
Ban xuất huyết Schonlein Henoch	45	36,3
Viêm mạch có tăng lắng đọng IgM	5	4
Viêm mạch có tăng lắng đọng IgG	3	2,4
Viêm mạch bạch cầu do thuốc	0	0
Viêm mạch do ANCA	0	0
Viêm mạch chưa rõ nguyên nhân	71	57,3

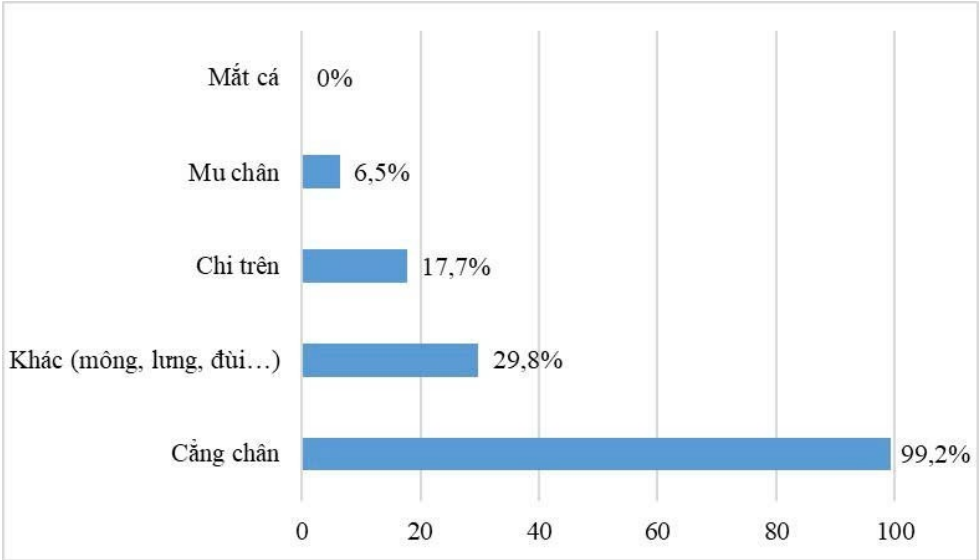
Bảng 3.1 cho thấy có 36,3% bệnh nhân có ban xuất huyết Schonlein Henoch, 4% bệnh nhân viêm mạch có tăng lắng đọng IgM, 2,4% bệnh nhân viêm

mạch có tăng lắng đọng IgG, không có bệnh nhân nào viêm mạch do thuốc và do ANCA và hơn 50% bệnh nhân viêm mạch chưa rõ nguyên nhân.



Biểu đồ 3.2. Triệu chứng lâm sàng (n=124)

Biểu đồ 3.2 cho thấy triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất của viêm mao mạch là dát xuất huyết chiếm 95,2%, sau đó là tăng sắc tố 45,2%, sản xuất huyết 37,9%, triệu chứng ở các cơ quan khác 23,4%, loét 11,3% và thấp nhất là dạng mây đay và ban dạng lưới đều chiếm 1,6%.



Biểu đồ 3.3. Vị trí tổn thương da (n=124)

Biểu đồ 3.3 cho thấy vị trí tổn thương da hay gặp nhất là ở cẳng chân chiếm 99,2%, tiếp theo là ở chi trên 17,7%, mu chân 6,5% và không có ở mắt cá chân. các vùng khác như đùi, mông, lưng... với 29,8%,

Bảng 3.4. Công thức bạch cầu trong máu ngoại vi (n=124)

	Số lượng	%
Tăng bạch cầu trong máu ngoại vi (>10.000 G/l)	39	31,5
Tăng bạch cầu đa nhân trung tính trong máu ngoại vi (>85%)	24	19,4

	Số lượng	%
Tăng bạch cầu lympho trong máu ngoại vi (>49%)	31	25
Thiếu máu (Hb≤10g/dl)	0	0

Bảng 3.4 cho thấy tỷ lệ tăng bạch cầu trong máu ngoại vi chiếm tỷ lệ cao nhất với 31,5%, tiếp theo là tăng bạch cầu lympho 25%, chiếm tỷ lệ thấp nhất là tăng bạch cầu đa nhân trung tính 19,4% và không có bệnh nhân nào thiếu máu.

Bảng 3.5. Xét nghiệm sinh hóa máu (n=124)

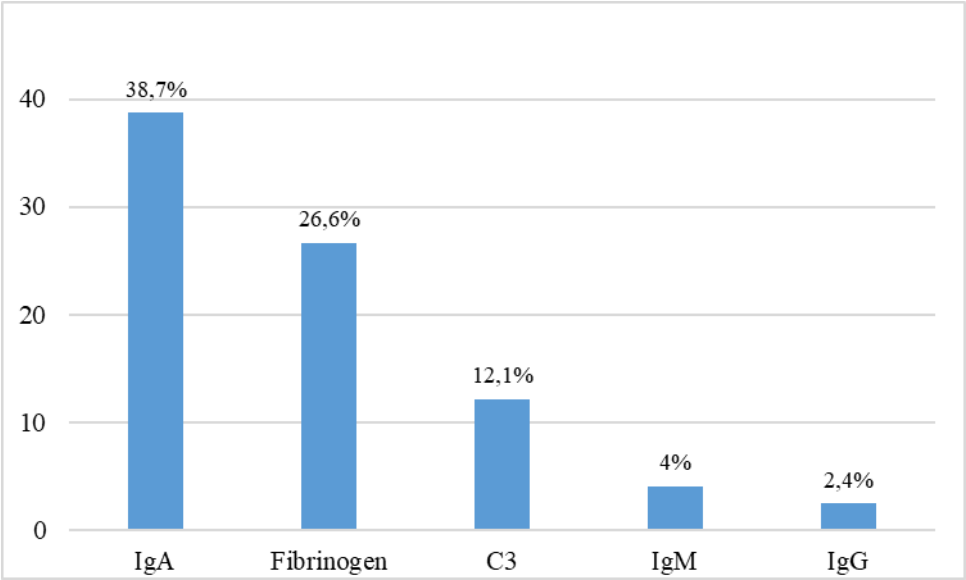
	Số lượng	%
Tăng ure (> 7,5mmol/l)	13	10,5
Tăng creatinine (Nam > 120μmol/l, Nữ > 100μmol/l)	0	0
Tăng AST/ALT (>37/40 U/l)	4	3,2

Bảng 3.5 cho thấy tăng ure chiếm 10,5%, tăng men gan (AST/ALT) chiếm 3,2% và không có bệnh nhân nào tăng creatinine.

Bảng 3.6. Các chỉ số xét nghiệm nước tiểu (n=124)

Chỉ số	Số lượng	%
Leukocytes	7	5,6
PH (Trung bình ± SD)	6 ± 0,24	
Hồng cầu	33	26,6
Protein (PRO)	34	27,4
Nitrate (NIT)	1	0,8

Bảng 3.6 cho thấy có 7 bệnh nhân có leukocytes trong nước tiểu với 5,6%, PH trung bình là 6 ± 0,24, 33 bệnh nhân có hồng cầu trong nước tiểu 26,6%, 34 bệnh nhân có protein trong nước tiểu 27,4% và chỉ 1 bệnh nhân có nitrate với 0,8%.



Biểu đồ 3.7. Đặc điểm miễn dịch huỳnh quang (n=124)

Biểu đồ 3.7 cho thấy trong 118 bệnh nhân làm miễn dịch huỳnh quang, IgA dương tính ở 48 bệnh nhân với 38,7% và chiếm tỷ lệ cao nhất, Fibrinogen dương tính ở 33 bệnh nhân (26,6%), C3 dương tính ở 15 bệnh nhân (12,1%), IgM dương tính ở 5 bệnh nhân (4%) IgG dương tính ở 3 bệnh nhân (2,4%), thấp nhất là IgG dương tính ở 3 bệnh nhân (2,4%).

4. BÀN LUẬN

Viêm mao mạch là một nhóm bệnh lý viêm của các mạch máu nhỏ, thường biểu hiện đa dạng về mặt lâm sàng, trong đó tổn thương da là triệu chứng phổ biến và dễ nhận biết nhất. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy dát xuất huyết là triệu chứng chiếm tỷ lệ cao nhất (95,2%). Đây là dấu hiệu đặc trưng nhất, thường xuất hiện sớm và dễ quan sát bằng mắt thường. Dát xuất huyết thường phân bố ở hai chi dưới, đặc biệt vùng cẳng chân và mắt cá chân - những nơi chịu ảnh hưởng của trọng lực và có lưu lượng máu mao mạch cao, dễ tổn thương khi thành mạch bị viêm. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Pooja Khetan và cộng sự, viêm mạch quá mẫn và ban xuất huyết là hai triệu chứng phổ biến nhất, trong đó ban xuất huyết xuất hiện ở 70,5% các trường hợp.¹¹ Một nghiên cứu trên thế giới cũng chỉ ra rằng biểu hiện lâm sàng chính của viêm mạch bạch cầu là ban xuất huyết sờ thấy được. Các tổn thương phát triển trong vài giờ, đồng thời hoặc tuần tự, và chủ yếu ảnh hưởng đến cẳng chân, nhưng các vùng phụ thuộc, chẳng hạn như lưng ở bệnh nhân nhập viện, cũng có thể bị ảnh hưởng. Các tổn thương thường có xu hướng hợp nhất với các vùng da khác, có thể bao phủ các vùng da rộng. Các tổn thương sẽ tự khỏi sau 2-3 tuần và mờ dần, để lại tình trạng tăng sắc tố sau viêm.¹²

Về vị trí tổn thương da, nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng hơn 99% vị trí tổn thương là ở cẳng chân, các vùng khác như đùi, mông, lưng... chiếm 29,8%, chi trên 17,7%, mu chân 6,5% và không phát

hiện tổn thương da ở mắt cá chân. Điều này cho thấy tổn thương da trong viêm mạch hủi bạch cầu có xu hướng ưu tiên khu trú tại chi dưới, đặc biệt là cẳng chân. Dana Baigrie và cộng sự cũng chỉ ra rằng các vị trí tổn thương chủ yếu ở chi dưới.¹³ Tương tự, Paolo Fraticelli báo cáo rằng biểu hiện lâm sàng chính là ban xuất huyết và chủ yếu ở cẳng chân, tuy nhiên nó cũng có thể xuất hiện ở các vùng khác như lưng.¹² Ngoài ra, theo nghiên cứu Kevin Bouiller và cộng sự, có tới 79% bệnh nhân có tổn thương da ở chi dưới, trong đó 45% bệnh nhân chỉ có tổn thương ở chi dưới.¹⁴ Như vậy so với các nghiên cứu khác, kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với tỷ lệ tổn thương ở chi dưới là cao nhất, điều này phù hợp với nhiều tác giả cho rằng đó là dấu hiệu có giá trị để chẩn đoán bệnh. Tổn thương dát xuất huyết thường gặp nhất ở cẳng chân với 87,9%, sau đó là ở các vị trí khác chiếm 57,3%, chi trên 24,2%, mu chân 8,9% và chưa tìm thấy tổn thương trên mắt cá chân. Tổn thương sản xuất huyết thì vị trí hay gặp nhất là ở cẳng chân với 33,9%, tiếp theo là ở các vị trí khác với 23,4%, chi trên 5,7%, mu chân chỉ 1,6% và cũng không thấy tổn thương sản xuất huyết xuất hiện trên mắt cá chân.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng trong tổng số 124 bệnh nhân được làm công thức máu, trong đó tỷ lệ tăng bạch cầu trong máu ngoại vi chiếm tỷ lệ cao nhất với 31,5%, tiếp theo là tăng bạch cầu lympho 25%, và chiếm tỷ lệ thấp nhất là tăng bạch cầu đa nhân trung tính 19,4%. Ngoài ra, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào bị thiếu máu. Theo nghiên cứu của Pooja Khetan, trong số 12 bệnh nhân có tiền sử dùng thuốc, 8 bệnh nhân (66,7%) có biểu hiện tăng bạch cầu ái toan và chỉ có 1 bệnh nhân bị tăng bạch cầu ái toan ngoại vi. Từ kết quả này, tăng bạch cầu ái toan ở mô được cho là một chỉ điểm có giá trị giúp gợi ý nguyên nhân viêm mạch có liên quan đến thuốc. Tuy nhiên, tác giả cũng nhấn mạnh rằng không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ tăng bạch cầu ái toan mô giữa nhóm bệnh nhân có và không có tiền sử

dùng thuốc.¹¹ Tỷ lệ tăng bạch cầu trong máu ngoại vi trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Suruchi Gupta và cộng sự, 18% bệnh nhân có tăng bạch cầu trong máu ngoại vi. Tuy nhiên có 8% bệnh nhân thiếu máu cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.¹⁵

Về các chỉ số sinh hóa, trong nghiên cứu của chúng tôi, bất thường sinh hóa được ghi nhận với tăng ure ở 10,5% bệnh nhân, tăng men gan ở 3,2%, và không có bệnh nhân nào bị tăng creatinine. Tuy nhiên, so sánh với các nghiên cứu khác trên thế giới, chúng tôi ghi nhận một số khác biệt đáng kể. Trong nghiên cứu của Suruchi Gupta và cộng sự, không ghi nhận bất kỳ trường hợp nào tăng men gan, trong khi tăng ure và creatinine được phát hiện ở 3% bệnh nhân, thấp hơn đáng kể so với tỷ lệ tăng ure trong nghiên cứu của chúng tôi (10,5%).¹⁵ Ngược lại, theo Yee J Tai, có tới 16,1% bệnh nhân có tăng creatinine, cao hơn hẳn so với kết quả của chúng tôi (0%).¹⁶ Mặc dù tăng ure và men gan không phổ biến trong viêm mạch huyết bạch cầu giới hạn ở da, tuy nhiên vẫn cần được theo dõi chặt chẽ các bất thường sinh hóa. Việc phát hiện sớm các biểu hiện này có ý nghĩa quan trọng trong tiên lượng và quản lý bệnh nhân.

Về các chỉ số xét nghiệm nước tiểu, nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng có 7 bệnh nhân có leukocytes trong nước tiểu với 5,6%, PH trung bình là $6 \pm 0,24$, 33 bệnh nhân có hồng cầu trong nước tiểu 26,6%, 34 bệnh nhân có protein trong nước tiểu 27,4% và chỉ 1 bệnh nhân có nitrate với 0,8%. Kết quả có sự khác biệt so với nghiên cứu của Pooja Khetan, 18 bệnh nhân (29,5%) có bất thường về đường tiết niệu, trong đó 12 bệnh nhân (19,7%) bị tiểu máu kèm protein niệu, 4 (6,6%) bệnh nhân chỉ tiểu máu và 2 (3,3%) bệnh nhân chỉ tiểu protein niệu.¹¹ Có thể thấy, việc làm xét nghiệm nước tiểu nên được thực hiện thường quy để phát hiện sớm các biểu hiện tổn thương hệ thống, đặc biệt là ở bệnh nhân có nguy cơ cao hoặc bệnh tiến triển dai dẳng.

Kết quả miễn dịch huỳnh quang cho thấy IgA dương tính ở 48 bệnh nhân với 38,7% và chiếm tỷ lệ cao nhất, Fibrinogen dương tính ở 33 bệnh nhân (26,6%), C3 dương tính ở 15 bệnh nhân (12,1%), IgM dương tính ở 5 bệnh nhân (4%) IgG dương tính ở 3 bệnh nhân (2,4%), thấp nhất là IgG dương tính ở 3 bệnh nhân (2,4%). So sánh với nghiên cứu của Pooja Khetan và cộng sự, kết quả của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ dương tính các thành phần miễn dịch thấp hơn. Trong nghiên cứu của Pooja Khetan, C3 là phản ứng miễn dịch phổ biến nhất được ghi nhận ở 19 bệnh nhân (47,5%), tiếp theo là IgG ở 12 bệnh nhân (30%), IgA ở 11 bệnh nhân (27,5%), và IgM ở 10 bệnh nhân (25%).¹¹ Sự khác biệt này có thể là do sự khác biệt trong đặc điểm mẫu nghiên cứu.

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 36,3% bệnh nhân có ban xuất huyết Schonlein Henoch, viêm mao mạch có biểu hiện lâm sàng chủ yếu là dát xuất huyết, đặc biệt tập trung ở vùng cẳng chân. Các bất thường huyết học và sinh hóa máu như tăng bạch cầu, tăng ure, men gan ít gặp, trong khi tình trạng thiếu máu và tăng creatinine không ghi nhận ở bất kỳ bệnh nhân nào. Tổn thương thận được biểu hiện qua sự hiện diện của hồng cầu và protein niệu ở khoảng 1/4 số bệnh nhân, trong khi bạch cầu niệu xuất hiện ít hơn. Xét nghiệm miễn dịch cho thấy tỷ lệ dương tính cao nhất là IgA, tiếp theo là Fibrinogen, C3 và IgM, với tỷ lệ thấp nhất là IgG. Những kết quả này góp phần làm rõ đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm mao mạch, hỗ trợ chẩn đoán và theo dõi hiệu quả bệnh lý này.

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. Drug related vasculitis. Clinicopathologic correlations in 30 patients - PubMed. Accessed October 13, 2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/468217/>

3. Piubelli MLM, Felipe-Silva A, Kanegae MY, Ferraz de Campos FP. Fatal necrotizing Candida esophagitis in a patient with leukocytoclastic cutaneous vasculitis and ankylosing spondylitis. *Autopsy Case Rep.* 2019;9(2):e2018070. doi:10.4322/acr.2018.070
4. Younger DS, Carlson A. Dermatologic Aspects of Systemic Vasculitis. *Neurol Clin.* 2019;37(2):465-473. doi:10.1016/j.ncl.2019.01.017
5. Alquorain NAA, Aljabr ASH, Alghamdi NJ. Cutaneous Polyarteritis Nodosa Treated with Pentoxifylline and Clobetasol Propionate: A Case Report. *Saudi J Med Med Sci.* 2018;6(2):104-107. doi:10.4103/sjmms.sjmms_148_16
6. Houben E, Bax WA, van Dam B, et al. Diagnosing ANCA-associated vasculitis in ANCA positive patients. *Medicine (Baltimore).* 2016;95(40):e5096. doi:10.1097/MD.0000000000005096
7. Wick MR, Patterson JW. Cutaneous paraneoplastic syndromes. *Semin Diagn Pathol.* 2019;36(4):211-228. doi:10.1053/j.semdp.2019.01.001
8. Lee HL, Kim L, Kim CW, Kim JS, Nam HS, Ryu JS. Case of both rivaroxaban- and dabigatran-induced leukocytoclastic vasculitis, during management of pulmonary thromboembolism. *Respir Med Case Rep.* 2019;26:219-222. doi:10.1016/j.rmcr.2019.01.017
9. Đỗ Thị Thúy Hồng. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học bệnh viêm mao mạch tại bệnh viện da liễu trung ương. Accessed September 26, 2025. <https://thuvien.hmu.edu.vn/pages/cms/FullBookReader.aspx?Url=/pages/cms/TempDir/books/201801300900-4403592e-d120-4e59-a7bd-9d730d88c4bf//FullPreview&TotalPage=92&ext=jpg#page/71/mode/1up>
10. Nguyễn Lê Hà. Nghiên cứu chỉ số bạch cầu đa nhân trung tính / lympho và một số yếu tố liên quan của bệnh viêm mao mạch dị ứng. Accessed October 10, 2025. <https://thuvien.hmu.edu.vn/pages/cms/FullBookReader.aspx?Url=/pages/cms/TempDir/books/201904121016-febac0ba-dac8-4d90-9e0e-b4e9b743240b//FullPreview&TotalPage=10&ext=jpg#page/1/mode/1up>
11. Khetan P, Sethuraman G, Khaitan BK, et al. An aetiological & clinicopathological study on cutaneous vasculitis. *Indian J Med Res.* 2012;135(1):107-113. doi:10.4103/0971-5916.93432
12. Fraticelli P, Benfaremo D, Gabrielli A. Diagnosis and management of leukocytoclastic vasculitis. *Intern Emerg Med.* 2021;16(4):831-841. doi:10.1007/s11739-021-02688-x
13. Baigrie D, Crane JS. Leukocytoclastic Vasculitis. In: *StatPearls.* StatPearls Publishing; 2025. Accessed August 5, 2025. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482159/>
14. Bouiller K, Audia S, Devilliers H, et al. Etiologies and prognostic factors of leukocytoclastic vasculitis with skin involvement: A retrospective study in 112 patients. *Medicine (Baltimore).* 2016;95(28):e4238. doi:10.1097/MD.0000000000004238
15. Gupta S, Handa S, Kanwar AJ, Radotra BD, Minz RW. Cutaneous vasculitides: clinico-pathological correlation. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2009;75(4):356-362. doi:10.4103/0378-6323.53130
16. Tai YJ, Chong AH, Williams RA, Cumming S, Kelly RI. Retrospective analysis of adult patients with cutaneous leukocytoclastic vasculitis. *Australas J Dermatol.* 2006;47(2):92-96. doi:10.1111/j.1440-0960.2006.00239.x

SUMMARY

Original research

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF CUTANEOUS LEUKOCYTCLASTIC VASCULITIS

Tran Thu Ha¹, Dinh Huu Nghi^{1,2}, Vu Thi Phuong Dung², Le Huu Doanh^{1,2}, Nguyen Thuy Linh^{1,2}, Vu Huy Luong^{1,2,*}

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and paraclinical features of cutaneous leukocytoclastic vasculitis.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted from September 2024 to August 2025 on 124 patients clinically diagnosed with LCV histopathological images at the Examination Department, Central Dermatology Hospital.

Results: The study results showed that 36.3% of patients had Schonlein–Henoch purpura, of which the most common clinical symptom was purpura (95.2%), often on the lower legs (99.2%). Paraclinical tests showed that 31.5% of patients had leukocytosis, 25% had lymphocytosis, 19.4% had neutrophils and no anemia was recorded. Urea increased in 10.5%, liver enzymes increased in 3.2% and creatinine did not increase. Urinary abnormalities included: 5.6% had leukocytes, 26.6% had red blood cells, 27.4% had proteinuria; the average pH was 6 ± 0.24 . Regarding immunity, IgA was positive in 38.7%, fibrinogen 26.6%, C3 12.1%, IgM 4% and IgG 2.4%.

Conclusion: Vasculitis mainly manifests as petechiae in the lower legs. Hematological and biochemical disorders are rare, without anemia or increased creatinine. Renal damage is detected through proteinuria and hematuria in about 1/4 of patients. Immunological testing shows that IgA positivity accounts for the highest rate. This result contributes to clarifying clinical and paraclinical features, supporting the diagnosis of the disease.

Keywords: *clinical and paraclinical characteristics, leukocytoclastic vasculitis, dermatology.*

¹Hanoi Medical University

²National Hospital of Dermatology and Venereology

* Correspondence: Email: vuhuyluong@hmu.edu.vn