

thuốc điều trị THA là  $4,93 \pm 1,97$ ; tỷ lệ tuân thủ điều trị THA ở mức độ thấp là 59,9%, mức trung bình là 31,7% và mức cao là 8,4%. Các yếu tố có liên quan độc lập đến việc tuân thủ thuốc THA bao gồm: nhóm tuổi trên 50, nữ giới, tham gia bảo hiểm y tế, không hút thuốc lá, thời gian mắc THA trên 5 năm và sự hiểu biết đầy đủ của người bệnh về THA.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Katsanos A.H., Filippatou A., Manios E., et al. (2017). Blood Pressure Reduction and Secondary Stroke Prevention: A Systematic Review and Metaregression Analysis of Randomized Clinical Trials. *Hypertension*, **69**(1), 171–179.
2. Gupta P., Patel P., Strauch B., et al. (2017). Risk Factors for Nonadherence to Antihypertensive Treatment. *Hypertension*, **69**(6), 1113–1120.
3. Langagergaard V., Palnum K.H., Mehnert F., et al. (2011). Socioeconomic differences in quality of care and clinical outcome after stroke: a nationwide population-based study. *Stroke*, **42**(10), 2896–2902.
4. Schulz M., Krueger K., Schuessel K., et al. (2016). Medication adherence and persistence according to different antihypertensive drug classes: A retrospective cohort study of 255,500 patients. *Int J Cardiol*, **220**, 668–676.
5. Pan J., Lei T., Hu B., et al. (2017). Post-discharge evaluation of medication adherence and knowledge of hypertension among hypertensive stroke patients in northwestern China. *Patient Prefer Adherence*, **11**, 1915–1922.
6. Xu J., Zhao X., Wang Y., et al. (2013). Impact of a better persistence with antihypertensive agents on ischemic stroke outcomes for secondary prevention. *PLoS One*, **8**(6), e65233.
7. Lee G.K.Y., Wang H.H.X., Liu K.Q.L., et al. (2013). Determinants of medication adherence to antihypertensive medications among a Chinese population using Morisky Medication Adherence Scale. *PLoS One*, **8**(4), e62775.
8. Vũ Xuân Phú và Cs. (2012). Nghiên cứu một số yếu tố liên quan với tuân thủ điều trị tăng huyết áp ở bệnh nhân 25-60 tuổi tại 4 phường thành phố Hà Nội, năm 2011. *Tạp chí Y học thực hành*, số 5, 47–51.
9. Ois A., Gomis M., Rodríguez-Campello A., et al. (2008). Factors Associated With a High Risk of Recurrence in Patients With Transient Ischemic Attack or Minor Stroke. *Stroke*, **39**(6), 1717–1721.

## MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, SINH HỌC Ở BỆNH NHÂN GIẢM TIỂU CẦU MIỄN DỊCH NGƯỜI LỚN CÓ HIỆN DIỆN KHÁNG THỂ KHÁNG NHÂN (ANA)

Nguyễn Thị Ngọc Sang<sup>1,2</sup>, Trần Thị Mỹ Duyên<sup>2</sup>,  
Suzanne Monivong Cheanh Beaupha<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, sinh học, điều trị ban đầu ở hai nhóm bệnh nhân giảm tiểu cầu miễn dịch người lớn có xét nghiệm kháng thể kháng nhân (ANA) dương và âm tính. **Đối tượng:** Bệnh nhân (BN) > 15 tuổi giảm tiểu cầu miễn dịch mới chẩn đoán được nhập viện vào khoa Huyết học bệnh viện Chợ Rẫy trong khoảng thời gian 02/2020 đến 07/2021, được làm xét nghiệm ANA trong quá trình tiếp cận chẩn đoán. **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca, hồi cứu và tiền cứu. **Kết quả:** 149 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào nghiên cứu. Tỷ lệ nam/nữ là 1/2,46. Tuổi trung bình là 46,56 tuổi. Tỷ lệ xuất huyết lúc nhập viện là 94%, thường nhất là độ II chiếm 60,4%, xuất huyết nặng độ IV chiếm 10,7%. Phần lớn BN nhập viện có xuất huyết da với 88,7%, kế tiếp là xuất huyết niêm mạc 48,9%. Trong nghiên cứu cũng ghi nhận 7/149 (5%) BN xuất huyết não được xác nhận bằng CT scan sọ não. 49%

BN nhập viện với tình trạng thiếu máu. 40/149 (26,8%) BN có xét nghiệm ANA dương tính. 2/143 (1,4%) BN dương tính với anti DsDNA, đồng thời cũng dương tính với ANA. Số BN giảm C3 và C4 lần lượt là 10/125 (8%) và 13/125 (10,4%). Không ghi nhận khác biệt về giới tính, độ tuổi, bệnh nền, vị trí xuất huyết, số lượng tiểu cầu, số ngày nằm viện và số đơn vị chế phẩm máu cần truyền. Yếu tố liên quan với giảm tiểu cầu miễn dịch (ITP) có hiện diện ANA được xác định là mức độ xuất huyết, thiếu máu và nồng độ Hemoglobin. **Kết luận:** Tỷ lệ dương tính của xét nghiệm ANA trong ITP mới chẩn đoán là 26,8% (95%CI:19,9-34,7%), nhiều nhất trong các xét nghiệm tầm soát bệnh tự miễn trong nghiên cứu (ANA, anti DsDNA, C3, C4). Những BN có hiện diện ANA có tỷ lệ xuất huyết nặng nhiều hơn, thiếu máu lúc nhập viện nhiều hơn và nồng độ Hemoglobin thấp hơn.

**Từ khóa:** Giảm tiểu cầu miễn dịch (ITP) mới chẩn đoán, ANA, anti DsDNA

### SUMMARY

#### DESCRIBE CLINICAL, BIOLOGICAL OF ELEVATED ANTINUCLEAR ANTIBODY TEST IN ADULT PATIENTS WITH IMMUNE THROMBOCYTOPENIC PURPURA

<sup>1</sup>Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Sang

Email: sangnguyen163@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 26.7.2021

Ngày duyệt bài: 4.8.2021

**Objective:** We describe the incidence, clinical, biological, and initial treatment in adults newly diagnosed with Immune thrombocytopenia purpura (ITP) tested for antinuclear antibodies (ANA). **Material and Methods:** We retrospectively reviewed the medical records of 149 adults (age > 15) diagnosed with newly diagnosed ITP in Hematology department, Cho Ray hospital between February 2020 – June 2021. They had ANA testing during their initial work-up were included. **Results:** 149 patients were included in the study. Male/female ratio of 1/2.46. The median age is 46.5 years. The rate of bleeding at admission was 94%, of which the most was grade II accounting for 60.4%, severe bleeding grade IV accounted for 10.7% (Grading of bleeding symptoms by IWG 2013). The first is skin bleeding with 88.7%, followed by visible mucosae bleeding 48.9%. The study also recorded 7/149 (5%) patients with intracranial bleeding confirmed by CT scan. 49% of patients were admitted to hospital with anemia confirmed by Hemoglobin levels. 40/149 patients were positive for ANA, 5/149 had “cut off value” in results. 2/143 (1.4%) patients had positive not only anti DsDNA but also ANA. Patients reduced C3 and C4 by 10/125 (8%) and 13/125 (10.4%), respectively. There was no difference in sex, age, history of disease, platelets count, type of bleed, hospital length of stay, amount of blood products. Factors associated with newly diagnosed ITP had positive ANA are grade of bleeding và Hemoglobin levels. **Conclusion:** Our study, a positive ANA test is present in 26.8% (95%CI:19.9-34%) of adults with newly diagnosed ITP and highest in screening test autoimmune disorders (ANA, anti dsDNA, C3, C4). We analyzed the relationship between positive ANA and ITP clinical course. Compared to patients with ANA negative, those with ANA positive presented with higher anemia, lower Hemoglobin levels, had a higher risk of grading severity of bleeding.

**Keywords:** ITP newly diagnosed, ANA, anti DsDNA.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giảm tiểu cầu miễn dịch (ITP) là bệnh lý huyết học phổ biến, là một bệnh tự miễn với giảm tiểu cầu đơn độc (<100 G/L) ở máu ngoại vi do sự phá hủy tiểu cầu có gắn kháng thể bởi các đại thực bào [4]. ITP gọi là nguyên phát khi không có yếu tố gây bệnh được xác định, trong khi ITP thứ phát có thể liên quan đến một bệnh lý đã có [4]. ITP được phân thành 3 giai đoạn dựa trên thời gian mắc bệnh: giai đoạn mới chẩn đoán (<3 tháng), giai đoạn dai dẳng (3-12 tháng) và giai đoạn mạn tính (>12 tháng) [4].

Xét nghiệm tầm soát nguyên nhân tự miễn khi nghi ngờ ITP thay đổi theo từng phức đồ và tùy thuộc vào từng BN. Một số BN ITP dương tính với kháng thể kháng nhân (ANA) nhưng không đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán ITP thứ phát liên quan đến lupus [4]. Trên BN ITP, sự hiện diện của ANA trong huyết thanh dương tính có

ảnh hưởng đến tình trạng BN hay không, hiện nay chưa có nhiều bằng chứng đồng thuận nhau trên thế giới [3],[4],[6],[7].

Kết quả nghiên cứu của Abbasi và cộng sự đã cho thấy BN ITP người lớn có ANA dương tính đáp ứng kém với steroid, nên cần theo dõi chặt chẽ hơn [1]. Nghiên cứu của Ezzat năm 2017 cũng chỉ ra rằng BN ITP có ANA dương tính thì số lượng tiểu cầu lúc nhập viện thấp hơn, đề kháng corticoid và tiến triển thành bệnh tự miễn nhiều hơn nhóm còn lại [4]. Hơn nữa trong báo cáo đồng thuận quốc tế của ASH về ITP năm 2019 [7] cũng đề xuất cân nhắc bổ sung hydroxychloroquine (HCQ) như điều trị hàng thứ hai ở BN ITP có ANA dương tính, đặc biệt trong nhóm nữ trẻ dựa trên kết quả nghiên cứu của Khellaf cho thấy 50% BN ITP dương tính ANA có đáp ứng tốt và dung nạp tốt với HCQ [5].

Tại Việt Nam dữ liệu về đặc điểm xét nghiệm tự miễn đặc biệt là ANA và đặc điểm của nhóm ITP hiện diện ANA còn hạn chế. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, sinh học, điều trị ban đầu ở hai nhóm bệnh nhân ITP có ANA dương và âm tính.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Dân số nghiên cứu:** Tất cả BN > 15 tuổi nhập viện tại khoa Huyết học bệnh viện Chợ Rẫy được chẩn đoán giảm tiểu cầu miễn dịch, giai đoạn mới chẩn đoán trong khoảng thời gian từ 02/2020 đến 07/2021.

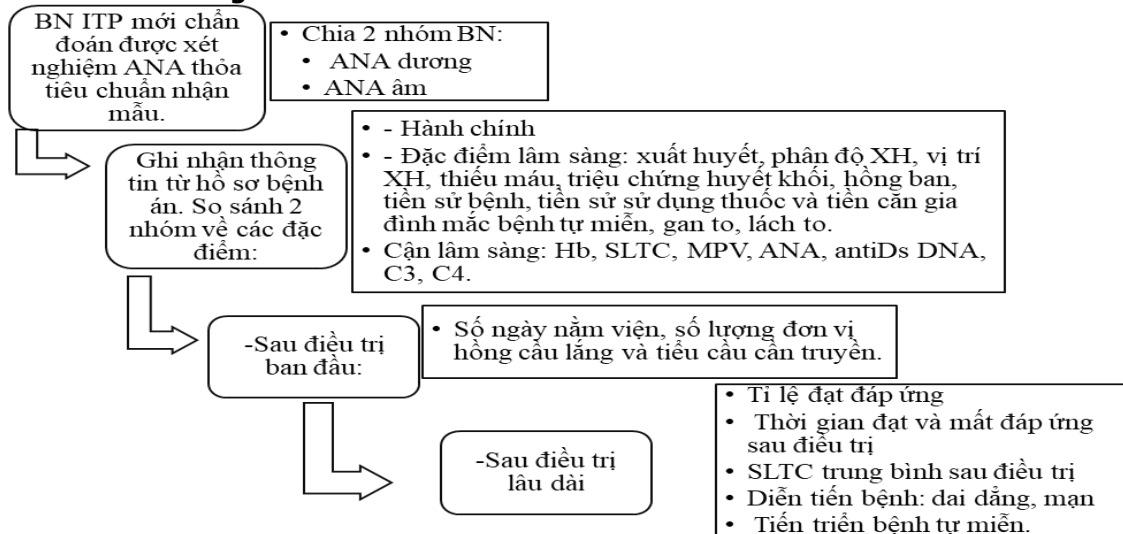
**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Thỏa mãn tất cả các tiêu chuẩn sau: >15 tuổi, được chẩn đoán giảm tiểu cầu miễn dịch nguyên phát, giai đoạn bệnh mới chẩn đoán.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Có ít nhất một trong các tiêu chuẩn sau: xét nghiệm HIV dương tính, HCV dương tính.

**Biến số nghiên cứu:** Định nghĩa và đánh giá mức độ xuất huyết theo Nhóm đồng thuận Quốc tế về bệnh giảm tiểu cầu miễn dịch năm 2013 (International Working Group – IWG) [8]. Xuất huyết được chia làm 6 độ từ độ 0 là nhẹ nhất đến độ 5 là xuất huyết gây tử vong.

**ANA screen IgG** là XN được làm trong nghiên cứu. XN dựa trên cơ chế miễn dịch enzyme (ELISA) để sàng lọc định tính tự kháng thể IgG trong huyết thanh và huyết tương. Kết quả trả về là âm tính/không xác định/dương tính dựa trên tỉ số giữa giá trị ngưỡng/OD 450nm của mẫu (S/Co) lần lượt <0,8; 0,8-1,1; >1,1. Độ nhạy và độ đặc hiệu của XN đều  $\geq 98\%$ .

**Sơ đồ tiến hành nghiên cứu:**



**Phương pháp xử lý số liệu:** Nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1; Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỉ lệ %. Các biến liên tục không phân phối chuẩn được mô tả bằng trung bình (giá trị nhỏ nhất, lớn nhất). Chia BN thành 2 nhóm: ANA dương và ANA âm. Để so sánh tỉ lệ giữa hai nhóm chúng tôi dùng phép kiểm chi bình phương. Với biến liên tục phân phối không chuẩn, chúng tôi so sánh giá trị trung bình dựa trên phép kiểm Wicoxon-Mann-Whitney. Các phép kiểm có nghĩa thống kê khi giá trị  $p < 0,05$ .

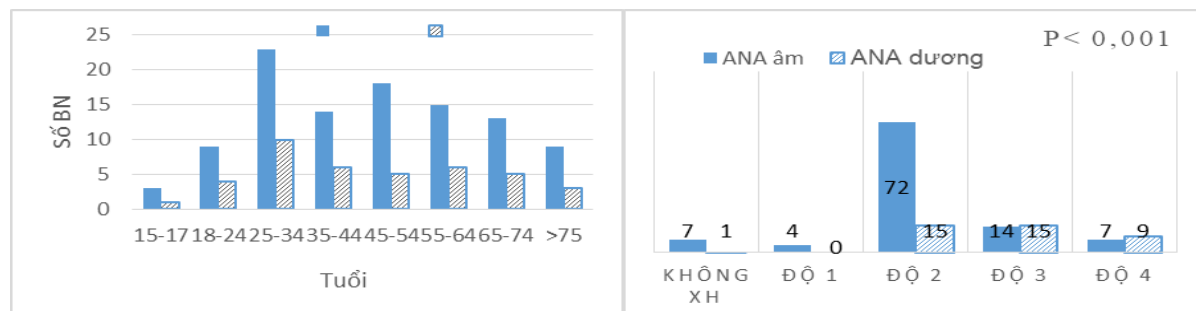
**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Dịch tễ.** Mẫu nghiên cứu bao gồm 149 BN. Về giới tính, nữ chiếm ưu thế với tỉ lệ nam/nữ là 1/2,46 (43/106). Tuổi trung bình là 46,56 tuổi (từ 16 – 90 tuổi). Phân nhóm tuổi chủ yếu trong khoảng 18-64 tuổi, trong đó nhiều nhất ở nhóm tuổi từ 25-34 tuổi, chiếm 23,5% (**biểu đồ 1a**).

Kết quả ANA không liên quan đến giới tính ( $p = 0,264$ ) và độ tuổi ( $p = 0,997$ ).

**Đặc điểm lâm sàng.** Hầu hết BN nhập viện đều vì nguyên nhân xuất huyết chiếm 94% (140/149). Trong số còn lại có 4 BN nhập viện vì số lượng tiểu cầu thấp khi làm xét nghiệm vì những nguyên nhân khác. Chúng tôi ghi nhận chiếm tỉ lệ cao nhất là xuất huyết độ 2 (60,4%), ít nhất là xuất huyết độ 1. Xuất huyết nặng độ 3, độ 4 lần lượt 19,5%, 10,7%. ANA dương tính chỉ 20% trong nhóm XH độ 2 trong khi độ 3, 4 tỉ lệ BN ANA dương tính tăng lên lần lượt 51,7%, 56,3%. (**Biểu đồ 1b**)

Về đặc điểm xuất huyết theo vị trí, xuất huyết dưới da có tỉ lệ cao nhất 88,7% tiếp đến là xuất huyết niêm mạc 48,9%, xuất huyết đường hô hấp (ho ra máu) tỉ lệ thấp nhất với 1 BN (0,7%). Trong đó xuất huyết não có đến 7 BN chiếm 5%. (bảng 1)



**Biểu đồ 1: Kết quả XN ANA phân bố theo nhóm tuổi (a), mức độ xuất huyết(b)**

**Nhận xét:** a) Phân bố tuổi chủ yếu 18-65, tỉ lệ lớn nhất ở nhóm 25-34, không ghi nhận khác biệt độ tuổi liên quan ANA ( $p=0,997$ ). b) Trong XH nhẹ, ANA âm tính chiếm tỉ lệ đa số còn ANA dương tính chiếm hơn 50% trong nhóm XH độ 3, độ 4. ANA dương có liên quan đến mức độ xuất huyết nặng với  $p < 0,001$ .

**Bảng 1: Đặc điểm về vị trí xuất huyết**

Vị trí xuất huyết	Số bệnh nhân (%)
Không xuất huyết	10 (6,7)
Có xuất huyết	139 (94)
Xuất huyết da	125 (88,7)
Xuất huyết niêm mạc	69 (48,9)
Xuất huyết tiêu hóa	17 (12,1)
Xuất huyết niệu – sinh dục	15 (10,6)
Xuất huyết não	7 (5)
Xuất huyết cơ, khớp	2 (1,4)
Xuất huyết hô hấp (Ho ra máu)	1 (0,7)

Không ghi nhận triệu chứng gan to, lách to, huyết khối, hồng ban, tiền căn cá nhân và gia đình mắc bệnh tự miễn trong mẫu nghiên cứu. 40/149 BN tiền căn có bệnh và đang sử dụng thuốc.

**Đặc điểm sinh học.** Trong 149 BN được làm xét nghiệm ANA trong mẫu nghiên cứu có 40 BN ANA dương với tỉ lệ 26,8% (95%CI:19,9-34,7%), 5 BN kết quả không xác định và chưa được làm lại xét nghiệm để kiểm tra. Tỉ lệ giảm C3 và C4 lần lượt là 8%, 10,4% với tương ứng 10, 13 (trong 125 BN được XN). Tỉ lệ dương tính thấp nhất là kháng thể kháng chuỗi kép (antiDs DNA) 1,4% (2/143). Hai BN này dương tính đồng thời cả ANA và anti Ds DNA (bảng 2)

49% BN có thiếu máu tại thời điểm nhập viện do tất cả các nguyên nhân được xác nhận bằng chỉ số Hemoglobin (Hb). Hb trung bình 114 g/L. Số lượng tiểu cầu (SLTC) và thể tích tiểu cầu trung bình (MPV) trung bình lúc nhập viện lần lượt 6,56 g/L, 9,84 fL (bảng 3). Thiếu máu và Hb là biến số có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,017$ ,  $p = 0,015$ ) trong 2 nhóm ANA dương và âm. Những chỉ số MPV, SLTC không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ) (bảng 3)

**Bảng 2: Đặc điểm xét nghiệm tự miễn**

Loại XN/ Số BN XN	Đặc tính	Số BN/tỉ lệ (%)
ANA(n=149)	<b>Dương</b>	<b>40 (26,8)</b>
	Âm	104 (69,8)
	Không xác định	5 (3,4)
C3(n=125)	<b>Giảm</b>	<b>10 (8)</b>
	Bình thường	115 (92)
	Tăng	0
C4(n=125)	<b>Giảm</b>	<b>13 (10,4)</b>
	Bình thường	108 (86,4)
	Tăng	4 (3,2)
antiDsDNA (n=143)	<b>Dương</b>	<b>2 (1,4)</b>
	Âm	141 (98,6)

**Điều trị ban đầu.** Về điều trị hiện tại chúng tôi đánh giá sơ lược dựa trên số ngày nằm viện điều trị trong đợt nhập viện đầu tiên, số lượng

đơn vị hồng cầu lắng và tiểu cầu cần truyền. Giá trị trung bình lần lượt 8,44 ngày, 0,38 và 2,85. Cả ba chỉ số không ghi nhận khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm BN ANA dương và âm ( $p > 0,05$ ) (bảng 3)

**Bảng 3: Đặc điểm xét nghiệm và điều trị**

	Tổng (n=149)	ANA Dương (n= 40)	ANA Âm (n=104)	p value
SLTC (G/L)	6,56 (1-33)	6,35	6,71	0,775
MPV (fL)	9,84 (5,5-18)	10,34	9,58	0,11
Hemoglobin (g/L)	114,38 (33-159)	106,98	117,56	0,015
Số ngày nằm viện	8,44 (2-30)	8,95	8,25	0,178
Số đơn vị HCL	0,38 (0-7)	0,5	0,36	0,349
Số đơn vị TC	2,85 (0-15)	3,2	2,46	0,511

Giá trị là trung bình (nhỏ nhất-lớn nhất)

#### IV. BÀN LUẬN

Những yếu tố về dịch tễ dân số mẫu như tỉ lệ nam/nữ, tuổi trung bình, cũng như độ tuổi lớn nhất tương đồng với những nghiên cứu trước đây, cũng phù hợp với nhận định của thể giới về đặc điểm ITP người lớn. Những đặc điểm này giúp những nhận định tiếp theo có thể so sánh với những số liệu đã được công bố. Tỉ lệ nam/nữ dao động: 1/2-3 trong y văn và tỉ lệ của chúng tôi là 1/2,46. Tuổi trung bình là 46 so với 41- 42 tuổi từ nghiên cứu của Ezzat và nghiên cứu Aeldort [2],[4]. Tập trung nhiều nhất ở tuổi trẻ 25-34 với độ tuổi lớn nhất cũng là 90 bằng với BN lớn tuổi nhất ghi nhận [2],[3].

Vấn đề đầu tiên chúng tôi muốn đánh giá là tỉ lệ tồn tại của các dấu ấn tự miễn khi xét nghiệm tầm soát bệnh tự miễn trên những BN hướng chẩn đoán ITP. Kết quả chúng tôi ghi nhận được tương đồng với những bằng chứng đã có về tỉ lệ hiện diện [3]. Xét nghiệm chúng tôi đánh giá bao gồm ANA, anti dsDNA, định lượng bổ thể C3, C4. ANA, xét nghiệm được cho là có giá trị lớn nhất trong nhóm xét nghiệm tự miễn[7], có tỉ lệ dương tính cao nhất, tỉ lệ giảm dần C4, C3 lần lượt 10,4%, 8%, và thấp nhất là anti DsDNA 1,4%. Qua đây chúng tôi phần nào đồng thuận quan điểm với Đồng thuận quốc tế của ASH 2019 về ITP đã xếp xét nghiệm ANA vào nhóm "xét nghiệm tiềm năng có lợi" vì tỉ lệ xuất hiện cao và vai trò của nó. Còn xét nghiệm bổ thể nên cân nhắc tùy trường hợp cụ thể để đảm bảo là có lợi[7].

Tỉ lệ dương tính của ANA là cao nhất, vậy câu hỏi đặt ra là tỉ lệ này có khác biệt với người khỏe mạnh hay tỉ lệ hiện diện là giống nhau. Trong y văn đã ghi nhận hiện diện ANA ở nồng độ trung bình – cao ở những người khỏe mạnh là 3,3-13,3%[7]. Nghiên cứu này được thực hiện từ năm 1997 nhưng đến hiện tại vẫn được sử dụng như giới hạn chuẩn ở người khỏe mạnh, với mục tiêu xác định khoảng hiện diện ANA trên người khỏe mạnh, được thực hiện trên 15 trung tâm xét nghiệm độc lập từ khắp nơi trên thế giới. Chúng tôi ghi nhận tỉ lệ hiện diện ANA trên BN ITP trong nghiên cứu của mình là 26,8%, rõ ràng là cao hơn ở nhóm người khỏe mạnh, và kết quả của chúng tôi nằm trong khoảng số liệu từ những nghiên cứu đã công bố dao động từ 15-31% [1],[2],[3],[4].

Sau khi đã tầm soát và chia nhóm theo kết quả ANA dương tính và âm tính. Tiếp theo chúng tôi quan sát về dịch tễ và các đặc điểm lâm sàng, sinh học, điều trị ban đầu để mô tả lại các đặc điểm theo hai nhóm BN. Từ đó tìm ra các mối liên quan giữa sự hiện diện ANA và các biến cố đã quan sát. Về đặc điểm lâm sàng, số liệu hiện tại cho thấy ANA dương tính hiện tại chưa có mối liên quan đến các đặc điểm gồm độ tuổi, giới, tiền căn mắc bệnh, số lượng tiểu cầu lúc nhập viện. Điều này tương đồng với đa số kết quả đã biết [1],[3],[6], nhưng Ezzat và cs lại thấy ANA dương liên quan đến số lượng tiểu cầu lúc nhập viện thấp hơn[4].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm ANA dương liên quan đến mức độ xuất huyết nặng hơn, thiếu máu nhiều hơn nhóm âm tính vì vậy cũng có giá trị trung bình Hb thấp hơn. Hiện tại chúng tôi chưa thấy những điều tương đồng từ những nghiên cứu đã công bố, có thể là do đặc điểm mẫu nghiên cứu của chúng tôi tập trung ở nhóm BN cần nhập viện nên sự liên quan đến mức độ xuất huyết nhiều hơn. Hiện nay những bằng chứng đã có chưa thống nhất về đặc điểm này.

Về điều trị ban đầu, chúng tôi chỉ đánh giá một vài yếu tố như nhu cầu truyền chế phẩm máu (số đơn vị hồng cầu lắng – tiểu cầu) và số ngày nhập viện điều trị của hai nhóm ANA dương và âm, kết quả là chưa thấy có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê. Một vài nghiên cứu đã chỉ ra rằng ANA dương tính ảnh hưởng nhiều đến số lượng tiểu cầu sau điều trị với steroid sau 2 tuần, khả năng đạt được CR sau điều trị thấp hơn 6,25[1], kháng trị với steroids[4], tiên lượng mạn tính nhiều hơn với OR 2,89[6] và cả tỉ lệ diễn tiến bệnh tự miễn cũng tăng[4]. Vì vậy chúng tôi sẽ tiếp tục thống kê và theo dõi để

đưa ra số liệu của mình về ảnh hưởng của ANA đến tiên lượng điều trị, diễn tiến bệnh và biến cố trong tương lai.

## V. KẾT LUẬN

ITP là bệnh lý huyết học thường gặp tuy nhiên vẫn còn nhiều vấn đề xung quanh cần tìm hiểu sâu hơn đặc biệt liên quan đến yếu tố tự miễn. Tỉ lệ hiện diện ANA là 26,8% (95%CI:19,9-34,7%), có thể là một trong những yếu tố hữu ích trong đánh giá và tiên lượng bệnh. BN ANA dương tính có xuất huyết nhiều hơn, thiếu máu nhiều hơn và Hemoglobin thấp hơn là những yếu tố liên quan chúng tôi đã ghi nhận được. Các vấn đề liên quan đến điều trị lâu dài sẽ được chúng tôi tiếp tục theo dõi và đưa ra các số liệu cụ thể.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abbasi S. Y., Milhem M., Zaru L. (2008)**, "A positive antinuclear antibody test predicts for a poor response to initial steroid therapy in adults with idiopathic thrombocytopenic purpura". *Ann Hematol*, 87 (6), pp. 459-62.
2. **Aledort L. M., Hayward C. P., Chen M. G., Nichol J. L., Bussel J. (2004)**, "Prospective screening of 205 patients with ITP, including diagnosis, serological markers, and the relationship between platelet counts, endogenous thrombopoietin, and circulating antithrombopoietin antibodies". *Am J Hematol*, 76 (3), pp. 205-13.
3. **Dal M. S., Karakus A., Dal T., Aydin B. B., Hattapoglu E., et al. (2017)**, "Assessment of the underlying causes of the immune thrombocytopenia: Ten years experience". *J Pak Med Assoc*, 67 (7), pp. 1004-1008.
4. **Ezzat Loui (2017)**, "The Effect of Anti-Nuclear Antibody Positivity on Immune Thrombocytopenic Purpura and its Clinical Course". *Hematology, Blood Transfusion & Disorder*, 4, pp. 1-3.
5. **Khellaf M., Chabrol A., Mahevas M., Roudot-Thoraval F., Limal N., et al. (2014)**, "Hydroxychloroquine is a good second-line treatment for adults with immune thrombocytopenia and positive antinuclear antibodies". *Am J Hematol*, 89 (2), pp. 194-8.
6. **Moulis G., Germain J., Comont T., Brun N., Dingremont C., et al. (2017)**, "Newly diagnosed immune thrombocytopenia adults: Clinical epidemiology, exposure to treatments, and evolution. Results of the CARMEN multicenter prospective cohort". *Am J Hematol*, 92 (6), pp. 493-500.
7. **Provan D., Arnold D. M., Bussel J. B., Chong B. H., Cooper N., et al. (2019)**, "Updated international consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia". *Blood Adv*, 3 (22), pp. 3780-3817.
8. **Rodeghiero F., Michel M., Gernsheimer T., Ruggeri M., Blanchette V., et al. (2013)**, "Standardization of bleeding assessment in immune thrombocytopenia: report from the International Working Group". *Blood*, 121 (14), pp. 2596-606.