

KHẢO SÁT TỶ LỆ BẤT THƯỜNG NỒNG ĐỘ FT4, TSH, KHÁNG THỂ KHÁNG THYROID PEROXIDASE Ở BỆNH NHÂN NÁM DA

Huỳnh Như Huỳnh¹, Văn Thế Trung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ bất thường nồng độ FT4, TSH, kháng thể kháng thyroid peroxidase ở bệnh nhân nám da. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 52 bệnh nhân nám da điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Da liễu Thành Phố Hồ Chí Minh và 30 người khỏe mạnh từ tháng 03/2023 đến tháng 08/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình $45,8 \pm 9,5$. Giới tính nữ chiếm 96,1%, giới nam chiếm 3,9%. Gia đình có người bị nám da chiếm 61,5%. Tiền sử sử dụng thuốc ngừa thai chiếm 19,2%. Tiền sử có tình trạng căng thẳng chiếm 76,9%. Tiền sử tiếp xúc với ánh nắng mặt trời giờ cao điểm chiếm 69,2%. Không sử dụng kem chống nắng chiếm 40,4%. Hiếm khi tránh nắng cơ học chiếm 55,8%. Type 4 chiếm 88,5%. Thời gian mắc bệnh trung vị là 5 năm (từ 1-20 năm). Tuổi khởi phát trung bình là $40,1 \pm 9,1$ (từ 21-63 tuổi). Thể cánh bướm chiếm 50%. Mức độ nám da trung bình theo thang điểm MASI chiếm 51,9%. Tỷ lệ bất thường nồng độ FT4, TSH, TPOAb huyết thanh ở nhóm bệnh là 18,2% cao hơn nhóm chứng ($p = 0,024$). Nồng độ FT4 huyết thanh ở nhóm bệnh là $1,13 \text{ ng/dl}$ ($\pm 0,19 \text{ ng/dl}$) cao hơn nhóm chứng ($p = 0,834$). Nồng độ TSH huyết thanh ở nhóm bệnh là $1,73 \text{ } \mu\text{IU/ml}$ (với khoảng dao động 1,04-2,43) cao hơn nhóm chứng ($p = 0,035$). Nồng độ TPOAb huyết thanh ở nhóm bệnh là $13,42 \text{ UI/ml}$ (với khoảng dao động 10,07-24,33) cao hơn nhóm chứng ($p = 0,041$). **Kết luận:** Nghiên cứu này gợi ý có thể có mối liên quan giữa FT4, TSH, kháng thể kháng thyroid peroxidase và bệnh nám da. Tuy nhiên, cần nhiều nghiên cứu hơn để làm rõ về cơ chế này. **Từ khóa:** nám da, FT4, TSH, TPOAb huyết thanh.

SUMMARY

INVESTIGATION THE RATIO OF ABNORMAL SERUM LEVELS OF FT4, TSH, ANTI-THYROID PEROXIDASE IN PATIENTS WITH MELASMA

Objectives: To investigate of the serum levels of FT4, TSH, anti-thyroid peroxidase in patients with melasma. **Methods:** A cross-sectional study was conducted in HCMC hospital of dermatology between 03/2023 and 08/2023. There were 52 melasma patients and 30 healthy people. **Results:** The mean age was $45,8 \pm 9,5$ years. The ratio of women and men were 96,1% and 3,9%, respectively. 61,5% of patients had a family history of melasma. 19,2% of patients used oral contraceptives. 76,9% of patients had a psychological stress. 69,2% of patients had intense sunlight exposure. 40,4% of patients were

non-using sunscreen. 55,8% of patients used non-sunscreen methods to protect skin from the sun. 88,5% of patients had skin phototype 4. The median duration of the disease was 5years (between 1 and 20 years). The mean age of melasma onset was $40,1 \pm 9,1$ (between 21 and 63 years). The lesions were malar in 50%. 51,9% of patients had moderate level by MASI score. The ratio of abnormal serum levels of FT4, TSH, TPOAb in patient group was 18,2%, that was significantly higher than in control group ($p = 0,024$). In patient group, the serum levels of FT4, TSH, TPOAb were $1,13 \text{ ng/dl}$ ($\pm 0,19 \text{ ng/dl}$), $1,73 \text{ } \mu\text{IU/ml}$, and $13,42 \text{ UI/ml}$, respectively. **Conclusions:** This study suggests that there is a relationship between FT4, TSH, anti-thyroid peroxidase and melasma. However, to screen the relation of them, future research is needed. **Keywords:** melasma, serum levels of FT4, TSH, TPOAb.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nám da (melasma) là một rối loạn tăng sắc tố mắc phải, mạn tính đặc trưng bởi các dát, mảng tăng sắc tố phân bố đối xứng trên mặt, cổ và hiếm khi ở chi trên. Phần lớn các trường hợp có liên quan đến các yếu tố nguy cơ có thể xác định được như bức xạ tia cực tím và ảnh hưởng của nội tiết tố bao gồm thuốc tránh thai và mang thai. Các yếu tố nguy cơ khác bao gồm thuốc chống động kinh, bệnh tuyến giáp, thuốc gây độc với ánh sáng và khuynh hướng di truyền, mặc dù nó có thể là vô căn, đặc biệt là ở nam giới. Tỷ lệ chính xác của nám da vẫn chưa được biết, nhưng một số nghiên cứu quy mô nhỏ đã cho thấy tỷ lệ nám da từ 4% đến 10% ở Mỹ Latinh, tăng lên 50% ở phụ nữ mang thai và lên đến 10% ở nam giới.³ Nám da là bệnh khó điều trị, dễ tái phát và gây ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ, tâm lý và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Khảo sát tỷ lệ bất thường nồng độ FT4, TSH, kháng thể kháng thyroid peroxidase ở bệnh nhân nám da" với ba mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nám da trong nghiên cứu.*

2. *So sánh sự bất thường về tỷ lệ và nồng độ FT4, TSH, kháng thể kháng thyroid peroxidase ở nhóm bệnh và nhóm chứng trong nghiên cứu.*

3. *Xác định mối liên quan giữa tỷ lệ bất thường nồng độ FT4, TSH, kháng thể kháng thyroid peroxidase với đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nám da trong nghiên cứu.*

¹Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Văn Thế Trung

Email: trungvan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2024

Ngày duyệt bài: 24.7.2024

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 52 bệnh nhân nám da điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Da liễu Thành Phố Hồ Chí Minh và 30 người khỏe mạnh từ tháng 03/2023 đến tháng 08/2023.

Tiêu chuẩn chọn

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu**
 + Bệnh nhân từ đủ 18 tuổi trở lên.
 + Bệnh nhân đến khám tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện Da Liễu Thành Phố Hồ Chí Minh được chẩn đoán nám da, dựa vào lâm sàng với các đặc điểm¹

▪ Dát tăng sắc tố ở 2 bên má, không ngứa, không rát, không tróc vảy.

▪ Dát tăng sắc tố ở những vị trí khác như trán, thái dương, cằm, mũi, mặt ngoài cánh tay.

+ Bệnh nhân chưa được chẩn đoán bệnh lý tuyến giáp.

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu cho nhóm chứng**

+ Người từ đủ 18 tuổi trở lên.

+ Những người không mắc bệnh lý nám da; có các đặc điểm về tuổi, giới tương đồng với nhóm bệnh nhân nám da.

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ (cho cả hai nhóm)

- Phụ nữ có thai hoặc cho con bú.

- Bệnh nhân đang dùng thuốc corticoid, thuốc ức chế miễn dịch.

- Bệnh nhân có tiền căn đang mắc các bệnh nhiễm trùng cấp tính, suy giảm miễn dịch bẩm sinh và mắc phải, được xác định qua hỏi bệnh.

Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả hàng loạt ca

- Phương pháp chọn mẫu: thuận tiện, liên tục.

Xử lý số liệu: Stata 14.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 52 bệnh nhân nám da và 30 người khỏe mạnh từ tháng 03/2023 đến tháng 08/2023.

3.1. Tuổi và giới tính

Bảng 1. Tuổi và giới

Đặc điểm	N = 82		Giá trị p
	Nhóm bệnh (N=52)	Nhóm chứng (N=30)	
Tuổi[†]	45,8 ± 9,5	46,2 ± 10,9	0,841 ^a
Thấp nhất	22	22	
Cao nhất	68	68	
Giới tính (%)			1,000 ^b
Nam	2 (3,9%)	1 (3,3%)	
Nữ	50 (96,1%)	29 (96,7%)	

[†] Biến số phân phối chuẩn, ^a t-Test, ^b Fisher Exact

Nhận xét. Tuổi trung bình nhóm bệnh là 45,8

(± 9,5), nhóm chứng là 46,2 (± 10,9) (p > 0,05).

- Nhóm bệnh có tỷ lệ nữ là 96,1%, nam là 3,9%. Nhóm chứng có tỷ lệ nữ là 96,7%, nam là 3,3% (p > 0,05).

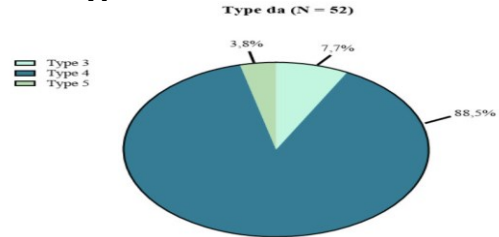
3.2. Đặc điểm tiền sử

Bảng 2. Đặc điểm tiền sử

Đặc điểm	N = 52 Số ca (%)
Gia đình có người bị nám da	32 (61,5%)
Sử dụng thuốc ngừa thai	10 (19,2%)
Tình trạng căng thẳng	40 (76,9%)
Tiếp xúc với ánh nắng mặt trời giờ cao điểm	36 (69,2%)
Sử dụng kem chống nắng	
Không sử dụng	21 (40,4%)
Sử dụng không thường xuyên	20 (38,5%)
Sử dụng thường xuyên	11 (21,1%)
Tránh nắng cơ học	
Hiếm khi	29 (55,8%)
Thỉnh thoảng	15 (28,9%)
Thường xuyên	8 (15,3%)

Nhận xét: Gia đình có người bị nám da chiếm 61,5%. Tiền sử sử dụng thuốc ngừa thai chiếm 19,2%. Tiền sử có tình trạng căng thẳng chiếm 76,9%. Tiền sử tiếp xúc với ánh nắng mặt trời giờ cao điểm chiếm 69,2%. Không sử dụng kem chống nắng chiếm 40,4%. Hiếm khi tránh nắng cơ học chiếm 55,8%.

3.3. Type da



Biểu đồ 1. Type da

Nhận xét: Type 4 chiếm 88,5%, type 3 chiếm 7,7% và type 5 chiếm 3,8%.

3.4. Thời gian mắc bệnh và tuổi khởi phát

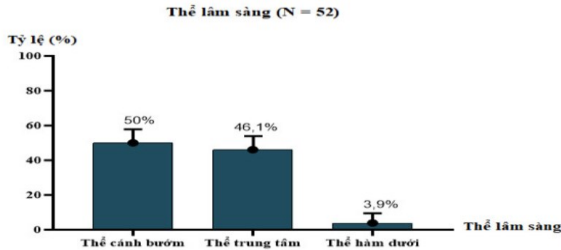
Bảng 3. Đặc điểm thời gian

Đặc điểm	N = 52
Thời gian mắc bệnh (năm)[‡]	5 (3 - 8)
Thấp nhất	1
Cao nhất	20
Tuổi khởi phát (tuổi)[†]	40,1 ± 9,1
Thấp nhất	21
Cao nhất	63

[†]Biến số phân phối chuẩn, [‡]Biến số phân phối không chuẩn

Nhận xét: Thời gian mắc bệnh trung vị là 5 (từ 3 đến 8 năm). Tuổi khởi phát trung bình là 40,1 ± 9,1 tuổi (từ 21 đến 63 tuổi).

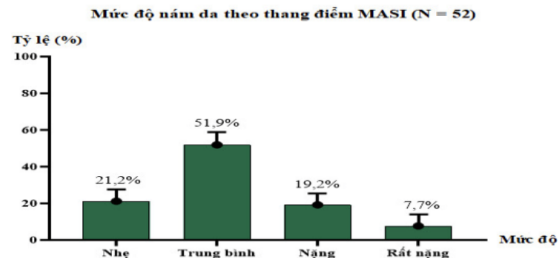
3.5. Thể lâm sàng



Biểu đồ 2. Thể lâm sàng

Nhận xét: Thể cánh bướm chiếm 50%, thể trung tâm mặt chiếm 46,1%, thể hàm dưới chiếm 3,9%.

3.6. Mức độ nám da theo thang điểm MASI



Biểu đồ 3. Mức độ nám da

Nhận xét: Mức độ trung bình chiếm 51,9%, mức độ nhẹ chiếm 21,2%, mức độ nặng chiếm 19,2%, và mức độ rất nặng chiếm 7,7%.

3.7. Tỷ lệ bất thường nồng độ FT4, TSH, TPOAb giữa nhóm bệnh và nhóm chứng

Bảng 4. Tỷ lệ bất thường FT4, TSH, TPOAb huyết thanh

		Tỷ lệ nồng độ FT4, TSH, TPOAb huyết thanh		Giá trị p [†]
		Bình thường (%)	Bất thường (%)	
N=82	Nhóm bệnh (N=52)	44 (81,8%)	8 (18,2%)	0,024
	Nhóm chứng	30 (100%)	0	

Bảng 6. Mối liên quan giữa FT4, TSH, TPOAb huyết thanh và đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	Giá trị FT4, TSH, TPOAb huyết thanh		Giá trị P
	Có bất thường (N=8)	Không có bất thường (N=44)	
Tuổi [†]	44,3 ± 9,2	46,1 ± 9,7	0,629 ^a
Giới tính: Nam	0 (0%)	2 (4,5%)	0,713 ^b
Nữ	8 (100%)	42 (95,5%)	
Người thân trực hệ bị nám da: Có	8 (100%)	24 (54,5%)	0,017 ^b
Không	0 (0%)	20 (45,5%)	
Sử dụng thuốc ngừa thai: Có	1 (12,5%)	9 (20,5%)	0,515 ^b
Không	7 (87,5%)	35 (79,5%)	
Tình trạng căng thẳng: Có	5 (62,5%)	35 (79,5%)	0,264 ^b
Không	3 (37,5%)	9 (20,5%)	
Tiếp xúc ánh nắng mặt trời giờ cao điểm			0,472 ^b

	chứng (N=30)		
--	--------------	--	--

[†] Fisher Exact

Nhận xét: Ở nhóm bệnh, tỷ lệ bất thường nồng độ FT4, TSH, TPOAb huyết thanh là 18,2% cao hơn nhóm chứng (p < 0,05).

3.8. Nồng độ FT4, TSH, TPOAb huyết thanh giữa nhóm bệnh và nhóm chứng

Bảng 5. Nồng độ FT4, TSH, TPOAb huyết thanh

Nồng độ	N = 82		Giá trị p
	Nhóm bệnh (N = 52)	Nhóm chứng (N=30)	
FT4[†] (ng/dl)	1,13±0,19	1,12±0,22	0,834 ^a
Thấp nhất	0,75	0,77	
Cao nhất	1,63	1,66	
TSH[‡] (μIU/ml)	1,73 (1,04-2,43)	1,26 (0,89-1,66)	0,035 ^b
Thấp nhất	0,007	0,37	
Cao nhất	6,56	2,69	
TPOAb[‡] (UI/ml)	13,42 (10,07-24,33)	10,65 (9,03-13,54)	0,041 ^b
Thấp nhất	5	6,26	
Cao nhất	544,7	19,79	

[†] Biến số phân phối chuẩn, [‡] Biến số phân phối không chuẩn, ^a t-Test, ^b Mann-Whitney

Nhận xét:

- Nồng độ FT4 huyết thanh ở nhóm bệnh trung bình là 1,13 (± 0,19) ng/dl cao hơn nhóm chứng (p > 0,05).

- Nồng độ TSH huyết thanh ở nhóm bệnh trung vị là 1,73 (1,04-2,43) μIU/ml cao hơn ở nhóm chứng (p < 0,05).

- Nồng độ TPOAb huyết thanh ở nhóm bệnh trung vị là 13,42 (10,07-24,33) UI/ml cao hơn ở nhóm chứng (p < 0,05).

3.9. Mối liên quan giữa tỷ lệ bất thường nồng độ FT4, TSH, TPOAb huyết thanh với đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nám da trong nghiên cứu

Có	5 (62,5%)	31 (70,5%)	
Không	3 (37,5%)	13 (29,5%)	
Sử dụng kem chống nắng: Không sử dụng	3 (37,5%)	18 (40,9%)	1,000 ^b
Sử dụng không thường xuyên	3 (37,5%)	17 (38,6%)	
Sử dụng thường xuyên	2 (25%)	9 (20,5%)	
Tránh nắng cơ học: Hiếm khi	6 (75%)	23 (52,3%)	0,512 ^b
Thỉnh thoảng	2 (25%)	13 (29,5%)	
Thường xuyên	0	8 (18,2%)	
Type da: Type 3	1 (12,5%)	3 (6,8%)	0,653 ^b
Type 4	7 (87,5%)	39 (88,6%)	
Type 5	0	2 (4,6%)	
Tuổi khởi phát[†]	38,8 ± 9,6	40,4 ± 9,1	0,648 ^a
Thời gian mắc bệnh[‡]	5 (4,5 - 6)	5 (2,5 - 9)	0,735 ^c
Thể lâm sàng: Thể trung tâm	4 (50%)	20 (45,5%)	1,000 ^b
Thể cánh bướm	4 (50%)	22 (50%)	
Thể hàm dưới	0 (0%)	2 (4,5%)	
Mức độ bệnh theo MASI: Nhẹ	1 (12,5%)	10 (22,7%)	0,685 ^b
Trung bình	6 (75%)	21 (47,7%)	
Nặng	1 (12,5%)	9 (20,5%)	
Rất nặng	0	4 (9,1%)	

[†]Biến số phân phối chuẩn, [‡]Biến số phân phối không chuẩn, ^at-Test, ^bFisher Exact, ^cMann-Whitney

Nhận xét: - Ở nhóm có bất thường, tỷ lệ người thân trực hệ bị nám da cao hơn ở nhóm không có bất thường nồng độ FT4, TSH, TPOAb huyết thanh ($p < 0,05$).

- Không ghi nhận mối liên quan giữa các đặc điểm khác với bất thường FT4, TSH, TPOAb huyết thanh ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và giới tính. Bệnh thường xuất hiện ở tuổi hai mươi và tuổi tiền mãn kinh nhưng đôi khi tổn thương xuất hiện sớm và đôi khi có những người đến 50-60 tuổi mới xuất hiện. Bệnh có thể gặp ở cả nam và nữ, tuy nhiên nữ gặp nhiều hơn nam¹.

4.2. Đặc điểm tiền sử. Tiền sử gia đình cũng là một yếu tố nguy cơ quan trọng gây ra nám da. Ghi nhận bệnh nhân nám da thường có tiền sử gia đình bị nám da, khoảng 30% bệnh nhân có tiền sử gia đình bị nám má.³ Cơ sở di truyền của nám da được tìm thấy ở những người thân thể hệ thứ nhất, được báo cáo bởi 41–61% bệnh nhân ở Brazil, bao gồm cả chị em sinh đôi, trong khi tỷ lệ lưu hành chung ở người trưởng thành trong cùng khu vực là 16–28%.⁸

Nám da là một rối loạn đa yếu tố được đặc trưng bởi kiểu hình ở da do tiếp xúc với các yếu tố bên ngoài và các yếu tố nội tiết tố, cũng như viêm da ở những người dễ mắc bệnh di truyền. Việc uống một số loại thuốc, đặc biệt là thuốc tránh thai hoặc sử dụng diethylstilbestrol để điều trị ung thư tiền liệt tuyến, có thể gây ra nám da.

Mặc dù cơ chế tác động của hormone gây nám da cho đến nay vẫn chưa rõ ràng.¹

Da phản ứng tích cực với căng thẳng tâm lý bằng sự tham gia của các tế bào miễn dịch của da, hormone và các chất dẫn truyền thần kinh. Các phản ứng trên da do căng thẳng chủ yếu bao gồm tiết cytokine và kích hoạt hormone giải phóng corticotropin ngoại vi (CRH), proopiomelanocortin (POMC), adrenocorticotropin (ACTH), dẫn đến sự tiết corticosteroid cấp tính/mãn tính ở da. Sự tăng biểu hiện của POMC có thể được phân cắt thành các phân tử nhỏ, trong đó có α -MSH dẫn đến hình thành sắc tố.⁷

Nám da xảy ra ở vùng da tiếp xúc với ánh sáng, khởi phát muộn ở các loại da sẫm màu hơn, trầm trọng hơn sau khi tiếp xúc với ánh nắng mặt trời và phổ biến hơn ở các quốc gia vùng nhiệt đới, cho nên phơi nắng được coi là yếu tố môi trường quan trọng nhất trong cơ chế bệnh sinh của nám da.⁵ Bức xạ UV tăng cường sản sinh ROS trong tế bào sừng và tế bào hắc tố, và ở nồng độ cao ROS gây ra tổn thương DNA, kích hoạt p53, và do đó kích hoạt quá trình hình thành sắc tố.¹

Việc sử dụng kem chống nắng hay các biện pháp tránh nắng cơ học để ngăn chặn cả tia UVA và UVB. UVB có tác dụng lên lớp biểu bì và màng đáy, trong khi UVA kéo dài đến lớp hạ bì nông. Phơi nhiễm tia UV mãn tính dẫn đến lão hóa do ánh sáng, stress oxy hóa và viêm góp phần vào quá trình hình thành sắc tố kéo dài được quan sát thấy ở nám da.⁶

4.3. Type da. Người châu Á là một nhóm dân cư có nhiều loại da khác nhau, từ loại III đến loại IV của Fitzpatrick. Da châu Á có xu

hướng biểu hiện tăng sắc tố sau viêm, nám da, đốm nâu, đồi mồi và tàn nhang, bột Ota và bột Hori. Nám da thường xuất hiện hơn ở những người có type da tối màu (Fitzpatrick skin types IV-VI).³

4.4. Thời gian mắc bệnh và tuổi khởi phát. Hầu hết bệnh nhân bị nám da là phụ nữ và phát triển nám da ở độ tuổi từ thập niên thứ hai đến thứ tư trong đời, trong khoảng độ tuổi sinh đẻ, điều này cho thấy mối quan hệ của hormone trong cơ chế bệnh sinh. Nồng độ các hormone estrogen, progesteron và hormone kích thích tế bào hắc tố thường tăng ở giai đoạn 3 của thai kỳ. Tuy nhiên, nồng độ các hormon này ở những bệnh nhân chưa sinh đẻ lại bình thường. Mặc dù cơ chế tác động chưa rõ ràng.

4.5. Thể lâm sàng. Theo y văn thể cánh bướm và thể trung tâm thường chiếm tỷ lệ cao, thể hàm dưới ít gặp hơn.

4.6. Mức độ nám da theo thang điểm MASI. Mức độ nặng của nám da có thể do yếu tố địa dư khác nhau và yếu tố văn hoá của người dân đối với bệnh nám da về phòng ngừa, chăm sóc và điều trị.

4.7. Tỷ lệ bất thường nồng độ FT4, TSH, kháng thể kháng thyroid peroxidase ở bệnh nhân nám da. Cơ chế tác động của hormone tuyến giáp đến nám da vẫn chưa rõ ràng. Những thay đổi sắc tố có thể xảy ra trong các bệnh về tuyến giáp và tăng sắc tố đã được báo cáo là có liên quan đến cường giáp. Ngoài ra, đơn vị sắc tố biểu bì thường phản ứng với một số kích thích viêm nhất định thông qua quá trình tạo sắc tố. Có ý kiến cho rằng hormone tuyến giáp gây ra sự sản xuất các cytokine gây viêm.⁴ Đặt ra một số nghi ngờ về mối liên quan của nám da với rối loạn chức năng tuyến giáp hoặc bệnh tự miễn tuyến giáp.

Yếu tố di truyền đóng góp tới 65% sự thay đổi nồng độ TSH và hormone tuyến giáp giữa các cá nhân, nhưng nhiều yếu tố môi trường cũng có thể ảnh hưởng đến chức năng tuyến giáp, bao gồm các yếu tố về lối sống (hút thuốc lá, BMI, iodide và chế độ ăn) và các chất ô nhiễm (hóa chất và kim loại).²

V. KẾT LUẬN

5.1. Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nám da trong nghiên cứu

- Tuổi trung bình $45,8 \pm 9,5$.
- Giới tính có 96,1% là nữ, 3,9% là nam.
- Gia đình có người bị nám da chiếm 61,5%.
- Tiền sử sử dụng thuốc ngừa thai chiếm 19,2%.
- Tiền sử có tình trạng căng thẳng chiếm

76,9%

- Tiền sử tiếp xúc với ánh nắng mặt trời giờ cao điểm chiếm 69,2%.

- Không sử dụng kem chống nắng chiếm 40,4%.

- Hiếm khi tránh nắng cơ học chiếm 55,8%.

- Type 4 chiếm 88,5%.

- Thời gian mắc bệnh trung vị là 5 năm (từ 1-20 năm).

- Tuổi khởi phát trung bình là $40,1 \pm 9,1$ (từ 21-63 tuổi).

- Thể cánh bướm chiếm (50%).

- Mức độ nám da trung bình theo thang điểm MASI chiếm 51,9%.

5.2. Tỷ lệ bất thường nồng độ FT4, TSH, TPOAb huyết thanh giữa nhóm bệnh và nhóm chứng. Tỷ lệ bất thường nồng độ FT4, TSH, TPOAb huyết thanh ở nhóm bệnh là 18,2% cao hơn nhóm chứng ($p = 0,024$).

5.3. Mối liên quan giữa tỷ lệ bất thường nồng độ FT4, TSH và TPOAb huyết thanh với đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nám da trong nghiên cứu. Nhóm có người thân trực hệ bị nám da có tỷ lệ bất thường nồng độ FT4, TSH và TPOAb huyết thanh là 100% cao hơn nhóm không có ($p = 0,017$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thường NV.** Bệnh nám da. In: Khang TH, ed. Bệnh học da liễu. Nhà xuất bản Y học; 2017:143-148.
2. **Babic Leko M, Gunjaca I, Pleic N, Zemunik T.** Environmental Factors Affecting Thyroid-Stimulating Hormone and Thyroid Hormone Levels. *Int J Mol Sci.* Jun 17 2021;22(12) doi:10.3390/ijms22126521
3. **Ball Arefiev KL, Hantash BM.** Advances in the treatment of melasma: a review of the recent literature. *Dermatol Surg.* Jul 2012;38(7 Pt 1): 971-84. doi:10.1111/j.1524-4725.2012.02435.x
4. **Cakmak SK, Ozcan N, Kilic A, et al.** Etiopathogenetic factors, thyroid functions and thyroid autoimmunity in melasma patients. *Postepy Dermatol Alergol.* Oct 2015;32(5):327-30. doi:10.5114/pdia.2015.54742
5. **Esposito ACC, Cassiano DP, da Silva CN, et al.** Update on Melasma-Part I: Pathogenesis. *Dermatol Ther (Heidelb).* Sep 2022;12(9):1967-1988. doi:10.1007/s13555-022-00779-x
6. **Passeron T, Picardo M.** Melasma, a photoaging disorder. *Pigment Cell Melanoma Res.* Jul 2018;31(4):461-465. doi:10.1111/pcmr.12684
7. **Pondeljnak N, Lugovic-Mihic L.** Stress-induced Interaction of Skin Immune Cells, Hormones, and Neurotransmitters. *Clin Ther.* May 2020;42(5): 757-770. doi:10.1016/j.clinthera. 2020.03.008
8. **Sastrini Sekarnesia I, Sitohang IBS, Agustin T, Wisnu W, Hoemardani ASD.** A comparison of serum zinc levels in melasma and non-melasma patients: a preliminary study of thyroid dysfunction. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat.* Jun 2020;29(2):59-62.

PHÂN TÍCH THỰC TRẠNG CẤP PHÁT THUỐC NGOẠI TRÚ TẠI PHÒNG KHÁM ĐA KHOA – BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC QUỐC GIA HÀ NỘI NĂM 2022

Nguyễn Thị Song Hà¹, Hà Văn Thúy²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Cấp phát thuốc là một trong bốn nội dung của chu trình sử dụng thuốc. Cấp phát thuốc không chỉ đơn thuần là cấp phát thuốc đến tay người bệnh mà còn phải kiểm tra tính hợp lý, an toàn cũng như tư vấn, hướng dẫn sử dụng thuốc cho người bệnh. Nếu để xảy ra bất kỳ sai sót hoặc người cấp phát không cung cấp đủ thông tin cần thiết về thuốc cho người bệnh, người bệnh kém hiểu biết về hướng dẫn sử dụng, hiểu sai lợi ích hoặc nguy cơ của thuốc được cấp phát là rào cản đối với việc tuân thủ điều trị.

Mục tiêu nghiên cứu: Phân tích thực trạng việc thực hiện các bước cấp phát thuốc ngoại trú theo quy trình cấp phát thuốc của MSH (Management Sciences for Health) và một số chỉ số cấp phát thuốc được cấp phát tại Phòng khám đa khoa 182 Lương Thế Vinh – Bệnh viện Đại học Quốc gia Hà Nội năm 2022.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Việc thực hiện các bước cấp phát thuốc tại Phòng khám so với 06 bước theo quy trình cấp phát thuốc của Cơ quan khoa học vì sức khỏe Hoa Kỳ đã thực hiện tương đối đầy đủ. Việc kiểm tra đơn thuốc về liều dùng, thời điểm dùng, tương tác thuốc trong đơn, dán nhãn thuốc, cũng như các hoạt động tư vấn sử dụng thuốc vẫn còn hạn chế. Tỷ lệ thuốc được cấp phát thực tế là 100% với thời gian cấp phát thuốc trung bình là 64,08 ± 20,33 giây, tỷ lệ các thuốc khi cấp phát được dán nhãn là 0%. **Kết luận:** Việc thực hiện các bước của quy trình và một số chỉ số cấp phát thuốc cần được quan tâm, cải thiện hơn để đảm bảo cấp phát thuốc đầy đủ, chính xác và tăng sự hiểu biết của người bệnh về các thuốc được cấp phát.

Từ khóa: Bảo hiểm y tế, đơn thuốc, quy trình cấp phát, người bệnh.

SUMMARY

ANALYSIS OF THE SITUATION OF OUTPATIENT DRUG DISPENSING AT GENERAL CLINIC – HOSPITAL OF VIETNAM NATIONAL UNIVERSITY, HANOI IN 2022

Background: drug distribution is one of the four phases of the drug use cycle. Drug dispensing involves more than just administering medications to patients; it also involves guaranteeing reasonableness and patient's safety, as well as counselling them on how to utilise their medications. A barrier to treatment adherence is when there is a mistake in the drug's

dispensing process or the dispenser fails to give the patient the information they need to understand the drug's usage, advantages, or risks. **Research objectives:** To analyze the actual situation of the implementation of outpatient drug dispensing procedures according to the drug dispensing process of MSH and several indicators of drug dispensing at 182 Luong The Vinh General Clinic –Hospital of Vietnam National University, Hanoi in 2022. **Research method:** Cross-sectional descriptive study. **Results of the study:** The implementation of drug dispensing steps at the Clinic compared with six steps according to the drug dispensing process of the Management Sciences for Health has been relatively completed. Checking prescriptions about dosage, time of use, drug interactions in prescriptions, drug labels, as well as drug use counseling activities are still limited. The actual rate of dispensed drugs is 100%, the average dispensing time is 64.08±20.33 seconds, the rate of labeled drugs is 0%. **Conclusion:** To ensure precise and thorough dispensing and to improve the patient's knowledge of the dispensed pharmaceuticals, it is important to pay attention to specific dispensing indicators and improve how steps of the process are implemented. **Keywords:** Health insurance, prescription, dispensing process, patient.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cấp phát thuốc là một trong bốn nội dung của chu trình sử dụng thuốc. Cấp phát thuốc đóng vai trò quan trọng và có liên quan mật thiết với ba khâu còn lại (chẩn đoán, kê đơn và tuân thủ điều trị). Đây được xem là bước trung gian để phân phối thuốc theo chỉ định của bác sĩ đến tay người bệnh [6]. Việc cấp phát đúng người bệnh, đúng thuốc, đúng số lượng và tư vấn sử dụng thuốc hợp lý góp phần quan trọng tăng tuân thủ điều trị của người bệnh. Để có cái nhìn toàn diện về thực trạng cấp phát thuốc Bảo hiểm y tế ngoại trú tại Phòng khám đa khoa 182 Lương Thế Vinh – Bệnh viện Đại học Quốc gia Hà Nội cũng như giúp hoạt động cấp phát thuốc bảo hiểm y tế tại bệnh viện hướng đến quy trình chuẩn và phù hợp với đơn vị, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, sự hài lòng của người bệnh, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: *Phân tích thực trạng việc thực hiện các bước cấp phát thuốc ngoại trú theo quy trình cấp phát thuốc của MSH và đánh giá một số chỉ số cấp phát thuốc tại Phòng khám đa khoa 182 Lương Thế Vinh – Bệnh viện Đại học Quốc gia Hà Nội năm 2022.*

¹Trường Đại học Dược Hà Nội

²Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Song Hà

Email: songhaktd@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.6.2024

Ngày duyệt bài: 23.7.2024