

chiếm 56,3%, so với nghiên cứu của tác giả Phạm Lê Huyền Trân 62,5% [3]. Kết quả này khá tương đồng với nhau và có tương quan với hoàn cảnh khởi phát là nhiễm trùng khi vào viện. Tình trạng viêm phổi trên Xquang ngực có 43,7% bệnh nhân, tương đồng với nghiên cứu của Phạm Lê Huyền Trân với tỷ lệ 55% bệnh nhân có viêm phổi. Khảo sát CT-scan ngực có 11 bệnh nhân có ghi nhận u tuyến ức chiếm tỷ lệ 34,3%, so với nghiên cứu của tác giả Phạm Lê Huyền Trân thì tỷ lệ này là 20% bệnh nhân. Kết quả này có sự chênh lệch có thể có liên quan đến phân độ MGFA của bệnh nhân chúng tôi tham gia nghiên cứu ở mức độ trung bình-nặng hơn [3].

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy bệnh nhược cơ có xu hướng thường gặp ở tuổi trung niên, với tỷ lệ nữ gần gấp đôi nam, biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhược cơ tương đối đa dạng với nhiều mức độ khác nhau. Do đó, việc đánh giá tổng quát và chi tiết về mặt thần kinh là rất quan trọng để tìm ra các đặc điểm để hỗ trợ chẩn đoán và điều trị một cách hiệu quả.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Tuấn, Triệu Thị Tạo. (2022). Mối tương quan giữa đặc điểm lâm sàng và cận lâm

2. Phạm Kiều Anh Thơ, Lê Đình Tùng, Nguyễn Thành Bình. (2021). Đặc điểm lâm sàng và test kích thích thần kinh lặp lại ở bệnh nhân nhược cơ. Tạp chí nghiên cứu y học, 137(1), 213-221.
3. Phạm Lê Huyền Trân, Lê Văn Minh. (2019). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị trên bệnh nhân nhược cơ tại bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ năm 2017 đến năm 2019. Unpublished Luận văn Bác Sĩ Nội Trú, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
4. Phan Thanh Hiếu, Phan Việt Nga, Nhữ Đình Sơn, Nguyễn Giang Nam, Đỗ Khắc Đại. (2014). Đánh giá nồng độ tự kháng thể kháng thụ cảm thể acetylcholin ở bệnh nhân nhược cơ. Tạp chí Y học Việt Nam, 9(1), 32-35.
5. Dresser, L., Wlodarski, R., Rezanja, K. & Soliven, B. (2021). Myasthenia Gravis: Epidemiology, Pathophysiology and Clinical Manifestations. J Clin Med, 10(11).
6. Hahir, M. K. & Silvestri, N. J. (2018). Generalized Myasthenia Gravis: Classification, Clinical Presentation, Natural History, and Epidemiology. Neurol Clin, 36(2), 253-260.
7. Tannemaat, M. R., Huijbers, M. G. & Verschuuren, Jjgm. (2024). Myasthenia gravis-Pathophysiology, diagnosis, and treatment. Handb Clin Neurol, 200, 283-305.
8. García Estévez, D. A. & Pardo Fernández, J. (2023). Myasthenia gravis. Update on diagnosis and therapy. Med Clin (Barc), 161(3), 119-127.

## ĐẶC ĐIỂM NỒNG ĐỘ HUYẾT THANH CỦA IL-17, IL-23, TNF-A TRÊN BỆNH NHÂN VẢY NẸN THÔNG THƯỜNG ĐIỀU TRỊ BẰNG UVB DẢI HẸP SỬ DỤNG LIỀU CHIẾU THEO LIỀU ĐỎ DA TỐI THIỂU

Phạm Thị Minh Phương<sup>1</sup>, Quách Thị Hà Giang<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Thường<sup>1,2</sup>, Lê Huyền My<sup>1</sup>, Trần Sơn Tùng<sup>2</sup>, Hoàng Thị Phượng<sup>1</sup>, Lê Hữu Doanh<sup>1,2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm nồng độ huyết thanh của các cytokine viêm (IL-17, IL-23 và TNF- $\alpha$ ) trên bệnh nhân vảy nến thông thường trước và sau điều trị bằng tia UVB dải hẹp (NB-UVB) sử dụng liều chiếu tính theo liều đỏ da tối thiểu (MED). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả tiến cứu trên 62 bệnh nhân vảy nến thông thường mức độ trung bình đến nặng tại được điều trị bằng NB-UVB với liều chiếu khởi đầu tính theo MED, với tần suất chiếu 2-3 lần/tuần đến khi đạt PASI 75. Khảo sát nồng độ các cytokine trước điều trị của các bệnh nhân trước và sau

khí đạt PASI 75. Nghiên cứu tại Bệnh viện Da liễu Trung ương, từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 06 năm 2019. **Kết quả:** Nồng độ huyết thanh trung bình của IL-17, IL-23 và TNF- $\alpha$  lần lượt là  $6,41 \pm 11,1$ ,  $16,38 \pm 24,83$  và  $128,14 \pm 350,45$  UI/l. Không tìm thấy mối tương quan giữa nồng độ các cytokine với chỉ số PASI trước điều trị hay chỉ số khối cơ thể (BMI). 39/62 bệnh nhân đạt PASI 75 trong thời gian theo dõi điều trị được khảo sát nồng độ cytokine tại thời điểm đạt PASI 75, nồng độ IL-17 giảm có ý nghĩa thống kê ( $p=0,013$ , độ tin cậy 95%), trong khi nồng độ của IL-23 và TNF- $\alpha$  thay đổi không đáng kể. **Kết luận:** Điều trị bằng NB-UVB có thể cải thiện lâm sàng và cả nồng độ cytokine trong máu trên bệnh nhân vảy nến thông thường.

**Từ khóa:** vảy nến thông thường, cytokine viêm, UVB dải hẹp (NB-UVB), liều đỏ da tối thiểu (MED).

## SUMMARY

**THE SERUM LEVEL OF IL-17, IL-23, TNF- $\alpha$  IN PSORIASIS PATIENTS TREATED BY NARROW BAND UVB WITH THE REGIMEN**

<sup>1</sup>Bệnh viện Da liễu Trung ương

<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Quách Thị Hà Giang

Email: drhagiang@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2024

Ngày duyệt bài: 24.7.2024

**BASED ON MINIMAL ERYTHEMA DOSE**

**Purpose:** To describe the serum levels of inflammatory cytokines (IL-17, IL-23 and TNF- $\alpha$ ) in patients with psoriasis vulgaris treated by narrow-band UVB (NB-UVB) protocol based on minimum erythema dose (MED). **Subjects and methods:** Study on 62 patients with moderate to severe psoriasis vulgaris who were treated by NB-UVB with an initial dose calculated based on MED, with a frequency of 2-3 treatments per week until achieving PASI 75. We aim to measure the cytokine levels of patients before and after achieving PASI 75. The study was conducted at the National Hospital of Dermatology and Venereology, from January 2017 to June 2019. **Results:** The mean serum concentrations of IL-17, IL-23 and TNF- $\alpha$  were  $6.41 \pm 11.1$ ,  $16.38 \pm 24.83$  and  $128.14 \pm 350.45$  UI/l, respectively. No correlation was found between any cytokine levels and baseline PASI or body mass index (BMI). We measure the serum level of cytokin 39/62 patients reached PASI 75 at the time of achieving PASI 75, IL-17 levels decreased significantly ( $p=0.013$ , 95% confidence), while IL-23 and TNF- $\alpha$  did not show significant difference. **Conclusion:** Treatment with NB-UVB is supposed to improve clinical and blood cytokine levels in patients with psoriasis vulgaris. **Keywords:** psoriasis vulgaris, inflammatory cytokines, narrow band UVB (NB-UVB), minimal erythema dose (MED).

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Vảy nến là một bệnh lí da viêm đặc trưng bởi rối loạn thông qua con đường lympho Th1/Th17. Sự gia tăng số lượng và hoạt động của Th1 và Th17 dẫn đến sản xuất quá mức một loạt các cytokine viêm như TNF- $\alpha$ , IL-17, IL-23, IL-22...<sup>1</sup> Trong đó, IL-23 được sản xuất bởi các tế bào trình diện kháng nguyên và đại thực bào, có vai trò kích thích tăng sinh và hoạt hóa tế bào Th17 cũng như biểu hiện của TNF- $\alpha$  và IL-22.<sup>2</sup> Th17 sau đó sản xuất IL-17 và IL-22 có vai trò quan trọng trong phản ứng viêm và quá sản thượng bì, trong cơ chế bệnh sinh của vảy nến. IL-17 là một cytokine giữ vai trò then chốt trong sự duy trì phản ứng viêm, tạo ra các cytokine tiền viêm khác như IL8.<sup>3</sup> TNF- $\alpha$  được sản xuất bởi đại thực bào, tế bào trình diện kháng nguyên, tế bào T hoặc tế bào sừng, liên quan đến việc điều hòa sự tăng sinh của tế bào sừng cũng như kích hoạt, biệt hóa nhiều tế bào khác và kích thích tổng hợp một số cytokine.<sup>4</sup>

Nhiều nghiên cứu trên động vật và trên người chỉ ra mối liên quan giữa sự tăng sinh của các cytokine viêm và bệnh vảy nến. IL-23 và IL-17, đặc biệt IL-17A có liên quan đến tình trạng viêm và mức độ phát triển của bệnh vảy nến, cũng như các rối loạn đi kèm trong vảy nến như viêm khớp, rối loạn chuyển hóa và bệnh viêm ruột.<sup>5</sup> Người ta nhận thấy sự tăng IL-17 trong cả máu và tổn thương da của bệnh nhân vảy

nến. Các liệu pháp sinh học đối kháng các cytokine đã tạo ra các hiệu quả điều trị vượt trội. Liệu pháp ánh sáng cho thấy hiệu quả ức chế con đường viêm Th1/Th7, thay đổi nồng độ các cytokine viêm tại chỗ.<sup>6</sup> Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để khảo sát nồng độ huyết thanh của IL-17, IL-23 và TNF- $\alpha$  (những cytokine quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của vảy nến) trước điều trị cũng như sự thay đổi sau khi bệnh nhân có đáp ứng điều trị với liệu pháp ánh sáng sử dụng UVB dải hẹp.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU****2.1. Đối tượng nghiên cứu**

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân vảy nến thông thường được chẩn đoán dựa trên lâm sàng và mô bệnh học với mức độ từ trung bình đến nặng: PASI  $\geq 10$  và/hoặc BSI  $> 3$  và đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân dưới 16 tuổi; phụ nữ có thai, hoặc đang cho con bú; đang sử dụng các thuốc tăng nhạy cảm ánh sáng; phơi nhiễm bức xạ ion hóa hoặc nhiễm độc arsenic trước điều trị; tiền sử cá nhân và gia đình có ung thư da; được điều trị vảy nến bằng corticosteroid, methotrexatem, vitamin A acid, các thuốc ức chế miễn dịch toàn thân trong thời gian 1 tháng trước nghiên cứu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

**Cỡ mẫu:** 62 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được tuyển chọn vào nghiên cứu.

**Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

**Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Da liễu Trung ương, từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 06 năm 2019.

**Các bước tiến hành:** Xét nghiệm nồng độ huyết thanh của các cytokine viêm (IL-17, IL-23 và TNF- $\alpha$ ) trước điều trị. Nguyên lí xét nghiệm dựa trên kĩ thuật ELISA, sử dụng dàn máy ELISA BIOTEK và bộ kit của hãng ABCAM: Human IL-17 ELISA kit (với IL-17), Human IL-23 ELISA kit (với IL-23), Human TNF- $\alpha$  ELISA kit (với TNF- $\alpha$ ). Bệnh phẩm sử dụng là huyết thanh, huyết tương chống đông bằng EDTA hoặc Heparin.

Phác đồ điều trị sử dụng buồng chiếu UVB Medisun 2800 và máy Giga test đo liều đo da tối thiểu (MED):

- Trước khi điều trị, đo liều đo da tối thiểu (MED) bằng máy Giga test: Chiếu vào 6 vị trí liên tiếp của vùng ít tiếp xúc với ánh sáng như lưng, mông,... mỗi vị trí có đường kính 1 cm. Liều UVB là 400, 600, 800, 1000, 1200, 1400 mJ/cm<sup>2</sup> cho

type da I, II, III; và 800, 1000, 1200, 1400, 1600, 1800 mJ/cm<sup>2</sup> cho type da IV, V, VI; Đọc kết quả sau 24 giờ. Chọn liều chiếu nhỏ nhất mà gây đỏ da là liều đỏ da tối thiểu.

- Ngay khi xác định được MED, tiến hành điều trị chiếu lần 1 với liều bằng ½ MED.

- Từ lần chiếu thứ 2 đến lần chiếu 20, mỗi lần chiếu với liều tăng 10% so với MED.

- Từ lần chiếu 21 trở đi, liều chiếu phụ thuộc vào đánh giá đáp ứng điều trị Bác sĩ điều trị và tác dụng phụ của, không vượt quá 3 lần liều đỏ da tối thiểu hoặc không quá 5000 mJ/cm<sup>2</sup>

- Chiếu đến khi đạt PASI75

- Tần suất chiếu: 2-3 lần/ tuần.

Theo dõi đến trong 36 lần điều trị, xét nghiệm nồng độ huyết thanh của các cytokine viêm tại thời điểm bệnh nhân đạt PASI 75.

**Xử lý số liệu:** Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20. Sử dụng thống kê và các thuật toán kiểm định phù hợp.

**2.3. Đạo đức trong nghiên cứu.** Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức – Bệnh viện Da liễu Trung ương, theo quyết định 2071/HDDĐ-BVDLTW, ngày 22 tháng 12 năm 2015.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân vảy nến thông thường trong nghiên cứu**

Đặc điểm (N=62)	Trung bình ± SD (min – max)	
	n	%
Tuổi (năm)	35,4 ± 11 (17 - 67)	
Cân nặng (kg)	60,79 ± 8,94 (44 - 77)	
BMI	22,55 ± 2,61 (17,1 - 28,3)	
Vòng bụng (cm)	76,85 ± 6,44 (65 - 92)	
Thời gian mắc (tháng)	104,44 ± 78 (10 - 360)	
PASI trước điều trị	14,99 ± 4,57 (10 - 30,8)	
Chất lượng cuộc sống (DLQI)	12,15 ± 4,07 (5 - 24)	
<b>Giới:</b> Nam	45	72,6%
Nữ	17	27,4%
Tiền sử gia đình có vảy nến	18	29%
Tiền sử dùng thuốc		
Thuốc bôi	51	82,3%
Methotrexate	18	29%
Vitamin A acid	2	3,2%
Thuốc sinh học	0	0
Đông y	18	29%
Tổn thương móng	45	72,6%
Tổn thương khớp	3	4,8%

Thử nghiệm lâm sàng trên 62 bệnh nhân từ 17-67 tuổi với cân nặng trung bình 60,79kg và BMI trung bình 22,55. Thời gian mắc bệnh trung

bình 104,44 tháng với PASI trước điều trị là 14,99 và DLQI 12,15. Gần 3/4 số bệnh nhân có tổn thương móng, trong khi đó chỉ có 3/62 bệnh nhân có tổn thương khớp. Thuốc bôi là liệu pháp điều trị phổ biến nhất (82,3%) trong khi đó không có bệnh nhân nào điều trị bằng thuốc sinh học trước đó.

**Bảng 2. Nồng độ các cytokine trước điều trị**

N=62	Nồng độ trước điều trị	PASI trước điều trị*	BMI*
		14,99±4,57	22,55±2,61
IL-17 (UI/L)	6,41±11,1	p=0,802	p=0,808
IL-23 (UI/L)	16,38±24,83	p=0,357	p=0,178
TNF-α (UI/L)	128,14±350,45	p=0,278	p=0,46

\*: Phân tích tương quan Spearman dành cho các biến không phân bố chuẩn

Qua phân tích cho thấy nồng độ huyết thanh của các cytokin IL-17, IL-23 hoặc TNF-α không có mối tương quan với mức độ nặng của bệnh trước điều trị, hoặc BMI.

**Bảng 3. Mối tương quan giữa nồng độ huyết thanh của các cytokine trước điều trị**

	IL-17	IL-23	TNF- α
IL-17		p=0,009	p=0,000
IL-23	p=0,009		p=0,004
TNF- α	p=0,000	p=0,004	

Sử dụng phân tích tương quan Spearman với các biến không phân bố chuẩn

Phân tích tương quan cho thấy mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa các cytokine theo cặp, với p<0,01.

Trên 62 bệnh nhân được khảo sát, có 39 bệnh nhân đạt PASI 75 trong 36 lần điều trị được xét nghiệm lại nồng độ các cytokine trong huyết thanh khi đạt PASI 75.

**Bảng 4. Sự thay đổi nồng độ huyết thanh của các cytokine trên các bệnh nhân đạt PASI 75**

N=39	Trước điều trị	Khi đạt PASI 75	p**
IL-17 (UI/L)	6,85 ± 14	2,97 ± 4,26	0,013
IL-23 (UI/L)	17,69 ± 31,3	9,75 ± 18,3	0,075
TNF-α (UI/L)	131,51±443,52	234±709,93	0,236

\*\* : So sánh ghép cặp của Wilcoxon

So sánh ghép cặp cho thấy sự thay đổi đáng kể của nồng độ huyết thanh IL-17 trên bệnh nhân trước và sau khi đạt PASI 75. Trong khi đó sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê của nồng độ huyết thanh IL-23 và TNF-α trước – sau điều trị.

#### IV. BÀN LUẬN

Vai trò của các tế bào viêm và các cytokine viêm ở các giai đoạn khác nhau có ý nghĩa quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của vẩy nến, và sự cải thiện tại chỗ cũng như trong máu đã được báo cáo qua các nghiên cứu. Trong nghiên cứu này chúng tôi khảo sát nồng độ và sự thay đổi trước và sau điều trị bằng liệu pháp NB-UVB. Phương pháp xét nghiệm trong nghiên cứu của chúng tôi là phương pháp ELISA để khảo sát nồng độ của các cytokine. Kết quả của nghiên cứu cho thấy rằng nồng độ của IL-17, IL-23 và TNF- $\alpha$  trong máu của bệnh nhân liên quan có ý nghĩa thống kê. S. Coimbra và cộng sự cho kết quả nồng độ IL-17 và IL-23 trong máu của bệnh nhân vẩy nến thông thường cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng ( $p < 0,001$ ) trong khi đó sự khác biệt không quan sát thấy ở nồng độ của TNF- $\alpha$ .<sup>7</sup> Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận mối liên quan giữa nồng độ trong máu của các cytokine này với mức độ nặng (PASI trước điều trị), tuy nhiên kết quả theo nghiên cứu của Coimbra cho thấy có mối tương quan giữa nồng độ của TNF- $\alpha$  và mức độ nặng của bệnh trước điều trị.<sup>7</sup> Nhiều tác giả cho rằng cytokine trong máu có thể thấp hơn tại tổn thương da viêm, vì vậy mối liên hệ giữa mức độ nặng của bệnh và nồng độ trong máu có thể không chặt chẽ.<sup>8</sup> Bên cạnh đó, các liệu pháp điều trị trước đây (như thuốc bôi, thuốc toàn thân) cũng có thể ảnh hưởng đến kết quả nồng độ của các cytokine trong máu.

Kết quả sau điều trị bằng NB-UVB sử dụng phương pháp tính liều chiếu theo MED theo nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 39/62 bệnh nhân đạt PASI 75 được xét nghiệm lại nồng độ cytokine trong máu. Tại thời điểm đạt PASI 75 chúng tôi ghi nhận thấy sự giảm đáng kể có ý nghĩa thống kê nồng độ của IL-17, trong khi đó sự thay đổi không đáng kể về nồng độ của IL-23 và TNF- $\alpha$ , thậm chí giá trị trung bình của nồng độ TNF- $\alpha$  còn cao hơn so với trước điều trị. Một báo cáo năm 2016 của nhóm tác giả Đức và Phần Lan cho thấy sự giảm đáng kể của mRNA tổng hợp các cytokine gồm có IL-17A và TNF- $\alpha$  trong tế bào bạch cầu đơn nhân ở máu ngoại vi khi 17 bệnh nhân vẩy nến điều trị bằng NB-UVB.<sup>9</sup> Kết quả theo Coimbra và cộng sự cho kết quả trên nhóm bệnh nhân điều trị bằng NB-UVB, IL-23 và TNF- $\alpha$  giảm đáng kể từ tuần thứ 3, trong khi đó IL-17 giảm đáng kể ở tuần thứ 6.<sup>7</sup> Một nghiên cứu khác khi so sánh NB-UVB và methotrexate cho thấy nồng độ IL-17 và IL-23 giảm đáng kể trong cả phương pháp, tuy nhiên

không có sự khác biệt về hiệu quả lâm sàng cũng như hiệu quả giảm nồng độ cytokine giữa hai nhóm.<sup>10</sup> Nhìn chung sự thay đổi nồng độ của các cytokine trong máu ảnh hưởng nhiều bởi các yếu tố như tiền sử điều trị trước đây, các cytokine viêm tập trung nhiều ở tổn thương da hơn so với hệ thống. Liệu pháp NB-UVB đã cho thấy hiệu quả cả về lâm sàng và cận lâm sàng trong điều trị vẩy nến thông thường.<sup>11</sup> Vì vậy, để đánh giá chính xác căn số lượng bệnh nhân đủ lớn và theo dõi nồng độ các cytokine viêm liên tục trong quá trình điều trị. Việc làm giảm nồng độ các cytokine viêm trong máu có thể làm giảm các nguy cơ biến chứng hệ thống của vẩy nến như tim mạch, rối loạn chuyển hóa, khớp.<sup>12</sup>

#### V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu nồng độ huyết thanh của một số cytokine trên bệnh nhân vẩy nến được điều trị bằng NB-UVB cho thấy bên cạnh hiệu quả lâm sàng, liệu pháp ánh sáng này còn có thể cải thiện được nồng độ cytokine viêm hệ thống, từ đó hứa hẹn khả năng giảm thiểu các nguy cơ tổn thương cơ quan khác của vẩy nến.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sabat R, Philipp S, Höflich C, et al.** Immunopathogenesis of psoriasis. *Exp Dermatol.* Oct 2007;16(10):779-98. doi:10.1111/j.1600-0625.2007.00629.x
2. **Chan JR, Blumenschein W, Murphy E, et al.** IL-23 stimulates epidermal hyperplasia via TNF and IL-20R2-dependent mechanisms with implications for psoriasis pathogenesis. *J Exp Med.* Nov 27 2006;203(12):2577-87. doi:10.1084/jem.20060244
3. **Hunter CA.** New IL-12-family members: IL-23 and IL-27, cytokines with divergent functions. *Nat Rev Immunol.* Jul 2005;5(7):521-31. doi:10.1038/nri1648
4. **Kastelan D, Kastelan M, Massari LP, Korsic M.** Possible association of psoriasis and reduced bone mineral density due to increased TNF-alpha and IL-6 concentrations. *Med Hypotheses.* 2006; 67(6): 1403-5. doi:10.1016/j.mehy.2006.04.069
5. **Abraham C, Dulai PS, Vermeire S, Sandborn WJ.** Lessons Learned From Trials Targeting Cytokine Pathways in Patients With Inflammatory Bowel Diseases. *Gastroenterology.* Feb 2017; 152(2): 374-388.e4. doi:10.1053/j.gastro.2016.10.018
6. **Wong T, Hsu L, Liao W.** Phototherapy in psoriasis: a review of mechanisms of action. *J Cutan Med Surg.* Jan-Feb 2013;17(1):6-12. doi: 10.2310/7750.2012.11124
7. **Coimbra S, Oliveira H, Reis F, et al.** Interleukin (IL)-22, IL-17, IL-23, IL-8, vascular endothelial growth factor and tumour necrosis factor- $\alpha$  levels in patients with psoriasis before, during and after psoralen-ultraviolet A and narrowband ultraviolet B therapy. *Br J Dermatol.* Dec 2010;163(6):1282-90. doi:10.1111/j.1365-2133.2010.09992.x

8. Pietrzak AT, Zalewska A, Chodorowska G, et al. Cytokines and anticytokines in psoriasis. Clin Chim Acta. Aug 2008;394(1-2):7-21. doi:10.1016/j.cca.2008.04.005
9. Batycka-Baran A, Besgen P, Wolf R, Szepietowski JC, Prinz JC. The effect of phototherapy on systemic inflammatory process in patients with plaque psoriasis. J Photochem Photobiol B. Aug 2016;161:396-401. doi:10.1016/j.jphotobiol.2016.05.023
10. Elghandour TM, Youssef Sel S, Aly DG, Abdelhameed MS, Abdel Moneim MM. Effect of Narrow Band Ultraviolet B Therapy versus Methotrexate on Serum Levels of Interleukin-17 and Interleukin-23 in Egyptian Patients with Severe Psoriasis. Dermatol Res Pract. 2013; 2013:618269. doi:10.1155/2013/618269

## ỨNG DỤNG THANG ĐIỂM mNUTRIC TRONG PHÂN LOẠI DINH DƯỠNG Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ THỞ MÁY TẠI KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU - BỆNH VIỆN K

Nguyễn Tiến Đức<sup>1</sup>, Nguyễn Thu Phương<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Phân loại nguy cơ dinh dưỡng theo thang điểm mNUTRIC ở bệnh nhân ung thư thở máy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 60 bệnh nhân ung thư tại khoa Hồi sức cấp cứu – Bệnh viện K có chỉ định thở máy, thời gian điều trị tại khoa trên 24 giờ, từ tháng 3/2021 đến tháng 12/2021. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 61,06 ± 12,6 tuổi, chủ yếu nhóm tuổi 50 – 74 tuổi chiếm 76,7%; Tỷ lệ nam/nữ là 2,5/1; Nguyên nhân chính phải thở máy là nhiễm khuẩn huyết (NKH), sốc nhiễm khuẩn (SNK) 50%, tổn thương hô hấp 46,7%; 56,7% bệnh nhân có ≥ 2 bệnh lý mạn tính kèm theo. Điểm mNUTRIC ở nhóm bệnh nhân < 50 tuổi là 5,01±1,2; nhóm 50-74 tuổi là 6,15±2,03; nhóm ≥ 75 tuổi là 6,9±2,1. Nhóm bệnh nhân có nguy cơ dinh dưỡng cao (điểm mNUTRIC 5-9) chiếm 70%, trong đó 73,8% là nam giới. Bệnh nhân thở máy do NKH – SNK có nguy cơ dinh dưỡng cao nhất 57,1%. **Kết luận:** Hầu hết bệnh nhân nhập khoa phải thở máy đều có nguy cơ dinh dưỡng cao, nguy cơ dinh dưỡng cao tăng dần theo tuổi và bệnh nhân nam giới có nguy cơ dinh dưỡng cao nhiều hơn nữ giới.

### SUMMARY

#### APPLICATION OF mNUTRIC SCALE IN NUTRITION CLASSIFICATION IN VENTILATED CANCER PATIENTS AT EMERGENCY AND INTENSIVE CARE DEPARTMENT – VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

**Objective:** Classify nutritional risk according to the mNUTRIC scale in cancer patients on mechanical ventilation. **Research subjects and methods:** Cross-sectional study on 60 cancer patients at the

Emergency and Intensive Care Department – Vietnam National Cancer Hospital with indications for mechanical ventilation, treatment time in the department over 24 hours, from March 2021 to December 2021. **Results:** The average age was 61.06 ± 12.6 years old, mainly in the age group 50 - 74 years old, accounting for 76.7%; The male/female ratio is 2.5/1; The main cause of requiring mechanical ventilation is sepsis, septic shock 50%, respiratory injury 46.7%; 56.7% of patients had ≥ 2 chronic diseases. mNUTRIC score in the group of patients < 50 years old is 5.01±1.2; 50-74 year old group is 6.15±2.03; ≥ 75 years old group is 6.9±2.1. The group of patients with high nutritional risk (mNUTRIC score 5-9) accounts for 70%, of which 73.8% are men. Patients on mechanical ventilation due to sepsis, septic shock have the highest nutritional risk of 57.1%. **Conclusion:** Most patients admitted to the ward requiring mechanical ventilation have high nutritional risk, high nutritional risk increases with age and male patients have more high nutritional risk than women.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mô hình bệnh nhân nhập viện tại các khoa hồi sức cấp cứu (HSCC) rất đa dạng bao gồm các bệnh lý như tim mạch, hô hấp, thần kinh, tiêu hoá, nội tiết chuyển hoá. Diễn biến bệnh của các bệnh nhân vào khoa HSCC hết sức phức tạp, có những bệnh lý cấp tính kết hợp với một hoặc nhiều bệnh mãn tính, chính vì vậy ảnh hưởng tới kết cục điều trị, tỷ lệ tử vong còn cao, số ngày nằm viện kéo dài, chi phí điều trị tốn kém. Tiên lượng bệnh nhân nặng nhập khoa hồi sức tích cực có ý nghĩa rất quan trọng đối với nhân viên y tế. Nhiều thang điểm được xây dựng giúp đánh giá độ nặng cũng như dự đoán tiên lượng của bệnh nhân nặng nằm tại các khoa hồi sức tích cực như thang điểm APACHE I, II, III, SOFA, SAPS I, II...Thang điểm NUTRIC hay mNUTRIC là sự kết hợp của thang điểm APACHE II, điểm SOFA và một số yếu tố ảnh hưởng được xây dựng để đánh giá nguy cơ dinh dưỡng ở

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Phương

Email: phuongutit@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2024

Ngày duyệt bài: 23.7.2024