

giai đoạn IIIB chiếm 56.5 và 14.1% giai đoạn IIIC. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 1.1%, tỷ lệ đáp ứng một phần là 80.4 %, tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 91.3%. Các tác dụng phụ thường gặp là viêm da, thiếu máu, viêm thực quản và chủ yếu là độ 1. Từ nghiên cứu cho thấy hóa xạ trị đồng thời cho bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III không mô được với phác đồ Paclitaxel – Carboplatin là an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao W, Qin K, Li F, Chen WJCMJ. Socioeconomic inequalities in cancer incidence and mortality: An analysis of GLOBOCAN 2022. 2024;137(12):1407-13.
2. Inamura KJFio. Lung cancer: understanding its molecular pathology and the 2015 WHO classification. 2017;7:193.
3. Schiller JH, Harrington D, Belani CP, Langer C, Sandler A, Krook J, et al. Comparison of four chemotherapy regimens for advanced non-small-cell lung cancer. 2002;346(2):92-8.
4. Pallarés C, Capdevila J, Paredes A, Farré N, Ciria JP, Membrive I, et al. Induction chemotherapy with paclitaxel plus carboplatin

followed by paclitaxel with concurrent radiotherapy in stage IIIB non-small-cell lung cancer (NSCLC) patients: a phase II trial. Lung cancer (Amsterdam, Netherlands). 2007;58(2): 238-45.

5. Nguyễn Quang Anh, Đỗ Hùng Kiên, Nguyễn Văn Tài, Lê Thị Yên. JTCYhVN. Kết quả hóa xạ trị đồng thời phác đồ EP và kỹ thuật xạ điều biến liều trong ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III. 2021;507(2).
6. Takeshita J, Masago K, Fujita S, Hata A, Kaji R, Kawamura T, et al. Weekly administration of paclitaxel and carboplatin with concurrent thoracic radiation in previously untreated elderly patients with locally advanced non-small-cell lung cancer: A case series of 20 patients. 2014;2(3):454-60.
7. Nguyễn Quang Trung, Nguyễn Khánh Toàn, Phạm Thị Hương, Nguyễn Văn Nhật, Bùi Văn Tuấn. JTCYhVN. Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III bằng phác đồ hóa chất paclitaxel carboplatin kết hợp đồng thời với xạ trị. 2023;527(2).
8. Vũ Hữu Khiêm. Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng phác đồ hóa xạ trị với kỹ thuật PET/CT mô phỏng. Luận án Tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2017.

ỨNG DỤNG MÁY PHÂN TÍCH DA VISIA TRONG ĐÁNH GIÁ THƯƠNG TỔN TĂNG SẮC TỔ TRÊN MẶT

Võ Lan Hương¹, Trần Sở Quân¹, Lê Thái Vân Thanh^{1,2}

TÓM TẮT

Tổng quan: Rối loạn tăng sắc tố (TST) da là các rối loạn sắc tố phổ biến, do sự gia tăng sản xuất melanin và ảnh hưởng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Để điều trị hiệu quả thì cần chẩn đoán đúng, đánh giá và theo dõi mức độ TST. Vì vậy, cần thêm phương pháp không xâm lấn để đánh giá TST. **Mục tiêu:** Khảo sát tính ứng dụng của máy phân tích da VISIA trong đánh giá thương tổn tăng sắc tố trên da mặt ở bệnh nhân có tăng sắc tố da vùng mặt. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 110 bệnh nhân có tổn thương tăng sắc tố da vùng mặt từ 18 tuổi trở lên tại Khoa Da liễu - Thẩm mỹ da, Bệnh viện Đại học Y dược TP.HCM từ tháng 12/2023 đến 06/2024. **Kết quả:** Toàn bộ bệnh nhân tham gia nghiên cứu là nữ. Tuổi khởi phát trung bình của bệnh TST da mặt là $31 \pm 10,4$ tuổi. Thời gian mắc bệnh trung bình kéo dài $12,8 \pm 9,6$ năm. Vị trí phổ biến xuất hiện TST là trên má, cằm và mũi. Nám da chiếm 80% bệnh TST,

đa số là TST hỗn hợp. Chỉ số HASI trung bình là $9,0 \pm 6,1$. Có sự khác biệt về giá trị HASI trung bình theo loại TST, loại bệnh và màu sắc sang thương. Các chỉ số đo trên máy VISIA có giá trị trung bình tăng theo nhóm tuổi. Tìm mối liên quan giữa đánh giá màu sắc TST trên lâm sàng và chỉ số HASI với chỉ số VISIA. Có sự khác biệt giữa các loại TST qua đèn Wood về các chỉ số VISIA. **Kết luận:** Bệnh da chiếm tỷ lệ cao nhất là nám da và loại phổ biến là TST hỗn hợp. Có sự khác biệt về giá trị HASI trung bình theo loại TST, loại bệnh và màu sắc sang thương. Các chỉ số VISIA có mối tương quan với mức độ nặng của tăng sắc tố thông qua đánh giá màu sắc và chỉ số HASI. Do đó, máy VISIA có thể ứng dụng để đánh giá và phân loại mức độ cũng như theo dõi diễn tiến của tăng sắc tố.

Từ khóa: tăng sắc tố, nám da, VISIA, HASI, đèn wood

SUMMARY

UTILIZATION OF THE VISIA SKIN ANALYSIS SYSTEM FOR THE ASSESSMENT OF FACIAL HYPERPIGMENTATION LESIONS

Background: Hyperpigmentation disorders (HPDs) are prevalent pigmentary conditions primarily driven by increased melanin production, which can significantly impact patients' quality of life. Accurate diagnosis, severity assessment, and continuous monitoring are critical for effective treatment. However, there remains a need for non-invasive,

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thái Vân Thanh

Email: thanh.ltv@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2024

Ngày duyệt bài: 22.11.2024

reliable methods to evaluate HPD severity. **Objective:** This study aims to evaluate the efficacy of the VISIA skin analysis system in assessing facial. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted with 110 female patients, aged 18 years or older, presenting with facial hyperpigmentation at the Dermatology - Cosmetic Dermatology Department, University Medical Center, Ho Chi Minh City, between December 2023 and June 2024. **Results:** The mean age of onset for HPDs was 31 ± 10.4 years, with an average disease duration of 12.8 ± 9.6 years. The most commonly affected areas were the cheeks, chin, and nose. Melasma, particularly mixed-type, accounted for 80% of cases. Clinically, light brown lesions were predominant, indicating mild HPD severity. The average HASI score was 9.0 ± 6.1 . Significant differences were observed in mean HASI values based on hyperpigmentation type, lesion type, and color. VISIA indices, including red area, surface spots, and UV spots, showed correlations with age and clinical severity. Significant associations were found between the HASI scores, clinical color assessments, and VISIA indices. Wood's lamp examination further highlighted variations in VISIA indices across different HPD subtypes. **Conclusions:** Melasma, especially mixed-type, is the most prevalent form of HPD. VISIA indices correlate strongly with both HASI scores and clinical severity assessments, validating the VISIA system as a reliable tool for evaluating and monitoring HPD progression. These findings support the integration of VISIA into clinical practice to enhance HPD management.

Keywords: Hyperpigmentation disorders, melasma, VISIA skin analysis, HASI, Wood's lamp

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn tăng sắc tố (TST) da là một nhóm bệnh đặc trưng bởi sự gia tăng sản xuất melanin. Nguyên nhân là do yếu tố di truyền, bẩm sinh hoặc mắc phải và phổ biến ở người Châu Á. TST có thể gây ra những tác động tiêu cực về mặt tâm lý cũng như suy giảm chất lượng cuộc sống⁴. Đối với các bác sĩ da liễu, thách thức không chỉ nằm ở việc nhận diện và điều trị mà còn ở việc ghi nhận mức độ và bản chất, theo dõi TST. Do đó, việc tìm kiếm các phương pháp không xâm lấn để đánh giá TST là rất cần thiết. Hệ thống máy phân tích da VISIA phân tích sâu các lớp da, vấn đề về TST và rối loạn mạch máu⁵. Vì vậy, chúng tôi quyết định tiến hành nghiên cứu "Ứng dụng máy phân tích da VISIA trong đánh giá thương tổn tăng sắc tố trên da mặt" nhằm khảo sát tính ứng dụng của máy VISIA trong đánh giá thương tổn TST trên da mặt ở bệnh nhân có TST da vùng mặt trên các bệnh nhân đến khám tại khoa Da liễu - Thẩm mỹ da, Bệnh viện Đại học Y dược TP.HCM.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả

cắt ngang

Dân số nghiên cứu Bệnh nhân từ đủ 18 tuổi trở lên đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh được chẩn đoán có tăng sắc tố da vùng mặt trong thời gian từ 12/2023 đến 6/2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Tiêu chuẩn chọn vào: Bệnh nhân đến khám và được chẩn đoán có tăng sắc tố da vùng mặt tại khoa Da liễu - Thẩm mỹ da của Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: Bệnh nhân có trứng cá đỏ, viêm da cơ địa, nhiễm trùng da, nấm, lupus ban đỏ hệ thống, hội chứng Cushing

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu theo kiểu thuận tiện

Phương pháp thu thập số liệu

+ Bệnh nhân sau khi được bác sĩ da liễu có kinh nghiệm chẩn đoán xác định bệnh. Sau đó, đặc điểm dịch tễ, lâm sàng được ghi nhận vào bảng thu thập số liệu.

+ Bệnh nhân được làm sạch da mặt và thăm khám

- Vị trí, màu sắc sang thương qua đánh giá chủ quan của bác sĩ, chỉ số HASI. Phân loại TST qua đèn Wood

- Phân tích da bằng máy VISIA: ghi nhận các giá trị

Biến số nghiên cứu

- Tuổi: Biến định lượng, tính theo năm dương lịch của bệnh nhân (năm hiện tại trừ năm sinh)

- Giới: Biến nhị giá, gồm nam và nữ
- Nơi ở: Biến nhị giá, gồm TP.HCM và tỉnh khác
- Nghề nghiệp: Biến danh định gồm học sinh - sinh viên; lao động chân tay; trí óc; già

- Tiền sử gia đình mắc bệnh TST da mặt tương tự: Biến nhị giá, gồm có và không

- Bệnh kèm theo: Biến nhị giá, gồm có và không

- Tiền sử thai sản: Biến nhị giá, gồm đang hoặc đã mang thai và chưa từng mang thai.

- TST khởi phát trong thai kỳ: Biến nhị giá, gồm có và không

- Tiền sử dùng thuốc tránh thai: Biến nhị giá, gồm có và không

- Kinh nguyệt: Biến nhị giá gồm đều và không đều

- Thời gian tiếp xúc với ánh nắng mặt trời: Biến danh định gồm <15 phút; 15-30 phút; 30-60 phút; ≥60 phút

- Biện pháp bảo vệ khi đi nắng: Biến danh định gồm khẩu trang; nón rộng vành; kem

chống nắng; biện pháp khác

- Tuổi khởi phát bệnh TST: Biến thứ tự gồm <1; 1-20; 21-30; 31-40; 41-50; >50

- Thời gian mắc bệnh: Biến định lượng là thời gian từ lúc khởi phát bệnh cho đến khi bệnh nhân đến khám

Xử lý và phân tích số liệu. Sử dụng phần mềm IBM SPSS 20 để xử lý kết quả và phân tích thống kê các số liệu nhận được. So sánh giá trị trung bình của 2 nhóm bằng phép kiểm Independent Sample T-test. So sánh trung bình của nhiều nhóm bằng phép kiểm One-Way ANOVA test, phân tích so sánh từng cặp nhóm với phép kiểm Post Hoc tests. So sánh trung vị bằng các kiểm định phi tham số (Kruskal-Wallis H-test, Mann-Whitney U-test. Sử dụng hệ số tương quan r để đánh giá mối tương quan (kiểm định Pearson hoặc kiểm định Spearman). Sử dụng đường cong ROC, AUC, điểm cắt và độ nhạy, độ đặc hiệu của các giá trị VISIA trong đánh giá mức độ nặng của TST. Khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành đảm bảo theo nguyên tắc về đạo đức y học. Đề tài được sự chấp thuận của của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh thông qua quyết định số 1113/HĐĐĐ-ĐHYD ký ngày 13 tháng 11 năm 2023

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tất cả 110 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có đặc điểm về dịch tễ và lâm sàng được thể hiện trong (bảng 1). Giá trị trung bình của chỉ số là $9,0 \pm 6,1$. HASI trung bình sẽ cao hơn ở nhóm TST hỗn hợp, nám da và các nhóm bệnh có sang thương đậm (bảng 2). Tìm thấy mối tương quan giữa mức độ TST thông qua đánh giá màu sắc và chỉ số HASI với các chỉ số VISIA (Bảng 3). Trong đó, kết quả thấy điểm cắt tối ưu của chỉ số phần trăm đốm trên VISIA để phân biệt TST nhẹ/vừa và TST nặng/rất nặng của đốm bề mặt, đốm nâu lần lượt là 65,5% và 73,5% (Bảng 4). Bên cạnh đó, dựa vào các chỉ số VISIA có thể phân biệt giữa TST hỗn hợp với TST thượng bì/trung bì với điểm cắt tối ưu của đốm bề mặt là 182,5 và phần trăm đốm UV là 96,5% (Bảng 4).

Bảng 1: Đặc điểm dịch tễ và lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nữ	110	100
	Nam	0	0
Nhóm tuổi	< 30 tuổi	8	7,3
	30 đến 39 tuổi	26	23,6

	40 đến 49 tuổi	43	39,1
	50 đến 59 tuổi	26	23,6
	≥ 60 tuổi	7	6,4
	Tuổi trung bình: $44,0 \pm 10,3$ tuổi		
Nơi sinh sống	Tại TP. Hồ Chí Minh	43	39,1
	Tỉnh khác	67	60,9
Nghề nghiệp	Học sinh, sinh viên	2	1,8
	Lao động tay chân	47	42,7
	Lao động trí óc	39	35,5
	Không lao động/già	22	20,0
Tiền sử điều trị TST	Có	83	75,5
	Không	27	24,5
Tiền sử gia đình mắc TST	Có	39	35,5
	Không	71	64,5
Tiền căn bệnh lý	Có	19	17,3
	Không	91	82,7
Tiền sử thai sản	Đang hoặc đã mang thai	94	85,5
	Chưa từng mang thai	16	14,5
TST trong thai kỳ	Có	20	18,2
	Không	90	81,8
Tiền sử dùng thuốc tránh thai	Có	21	19,1
	Không	89	80,9
Kính nguyệt	Đều	96	87,3
	Không đều	14	12,7
Thời gian tiếp xúc với ánh nắng mặt trời mỗi ngày	<15 phút	12	10,9
	15 – 30 phút	58	52,7
	30 – 60 phút	17	15,5
	≥ 60 phút	23	20,9
Biện pháp bảo vệ da khi ra nắng	Khẩu trang	107	97,3
	Nón, mũ rộng vành	105	95,5
	Kem chống nắng	80	72,7
	Viên uống chống nắng	34	30,9
Tuổi khởi phát bệnh	< 1 tuổi	1	0,9
	1 – 20 tuổi	21	19,1
	21 – 30 tuổi	34	30,9
	31 – 40 tuổi	32	29,1
	41 – 50 tuổi	20	18,2
	> 50 tuổi	2	1,8
	Tuổi khởi phát bệnh trung bình: $31 \pm 10,4$ tuổi		
Thời gian mắc bệnh	< 1 năm	7	6,4
	1 – 5 năm	19	17,3
	6 – 10 năm	32	29,1
	11 – 15 năm	16	14,5
	16 – 20 năm	15	13,6
	> 20 năm	21	19,1
Vị trí phân bố sang thương	Thời gian mắc bệnh trung bình: $12,8 \pm 9,6$ năm		
	Má phải	110	100%
	Má trái	107	97,3%
	Cằm	82	74,5%

	Mũi		66,4%
Số lượng chẩn đoán	1 chẩn đoán	92	83,6
	Từ 2 chẩn đoán trở lên	18	16,4
Chẩn đoán	Nám da	88	80,0
	TST sau viêm	14	12,7
	Đốm nâu	12	10,9
	Tàn nhang	8	7,3
	Bớt Hori	7	6,4
	Bớt Ota	1	0,9
Phân loại TST trên đèn wood	TST hỗn hợp	59	53,6
	TST trung bì	12	10,9
	TST thượng bì	39	35,5

Bảng 2: Phân bố giá trị chỉ số HASI theo một số đặc điểm của bệnh nhân

Đặc điểm		HASI (trung bình $\pm$ ĐLC)	p ^a
Loại TST	Thượng bì	6,6 $\pm$ 5,4	<0,001
	Trung bì	5,8 $\pm$ 4,4	
	Hỗn hợp	11,0 $\pm$ 6,1	
Chẩn đoán	Nám da	10,2 $\pm$ 6,1	0,002
	TST sau viêm	4,8 $\pm$ 2,8	
	Đốm nâu	5,2 $\pm$ 4,0	
	Tàn nhang	3,0 $\pm$ 1,8	
	Bớt Hori	4,0 $\pm$ 1,0	
	Bớt Ota	3,0 $\pm$ (-)	
Màu sắc sang thương	Nâu sáng	6,7 $\pm$ 5,2	0,001
	Nâu	10,6 $\pm$ 5,5	
	Nâu tối	11,7 $\pm$ 7,1	
	Đen/xanh đen	3,0 $\pm$ (-)	

^a: One-Way ANOVA test

Bảng 3: Tương quan giữa mức độ TST qua đánh giá màu sắc, chỉ số HASI và các chỉ số VISIA

Chỉ số VISIA		Đánh giá màu sắc		Chỉ số HASI	
		r	p	r	p
Đốm bề mặt	Đếm	0,250	0,008 ^b	0,710	<0,001 ^a
	Điểm tuyệt đối	0,416	<0,001 ^b	0,726	<0,001 ^a
	Phần trăm	-0,457	<0,001 ^b	-0,668	<0,001 ^b
Đốm UV	Đếm	0,086	0,374 ^b	0,500	<0,001 ^a
	Điểm tuyệt đối	0,256	0,007 ^b	0,495	<0,001 ^a
	Phần trăm	-0,335	<0,001 ^b	-0,449	<0,001 ^b
Đốm nâu	Đếm	0,275	0,004 ^b	0,601	<0,001 ^a
	Điểm tuyệt đối	0,334	<0,001 ^b	0,527	<0,001 ^a
	Phần trăm	-0,398	<0,001 ^b	-0,429	<0,001 ^b
Vùng da đỏ	Đếm	0,116	0,229 ^b	0,552	<0,001 ^b
	Điểm tuyệt đối	0,074	0,444 ^b	0,260	0,006 ^b
	Phần trăm	-0,107	0,265 ^b	-0,131	0,172 ^b

^a: Kiểm định Pearson, ^b: Kiểm định Spearman

Bảng 4: Diện tích dưới đường cong và điểm cắt của chỉ số VISIA trong đánh giá mức độ TST dựa vào màu sắc và loại TST qua đèn Wood

	AUC (KTC 95%)	p	Điểm cắt	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
Phần trăm đốm bề mặt	0,750 (0,64 – 0,86)	<0,001	65,5%*	57,6%	84,0%
Phần trăm đốm nâu	0,650 (0,54 – 0,76)	0,023	73,5%*	60,0%	76,0%
*So sánh giữa nhóm TST nhẹ/vừa và TST nặng/rất nặng					
Đếm đốm bề mặt	0,69 (0,591–0,789)	0,001	182,5**	50%	79,2%
Điểm tuyệt đối đốm bề mặt	0,69 (0,589–0,790)	0,001	27,8**	88,7%	45,8%
Phần trăm đốm UV	0,673 (0,573–0,772)	0,002	96,5%**	62,5%	67,7%
**So sánh giữa nhóm TST hỗn hợp và nhóm TST thượng bì/trung bì					

IV. BÀN LUẬN

Phần lớn các trường hợp TST da mặt bắt đầu ở độ tuổi trưởng thành, đặc biệt trong khoảng từ 21 – 40 tuổi, chiếm hơn 60% trường hợp, với tuổi khởi phát trung bình là 31 tuổi. Vị trí sang thương cho thấy rằng các vị trí sang thương TST phổ biến nhất là má phải (100%), má trái (97,3%), cằm (74,5%) và mũi (66,4%). Nám da là tình trạng thường gặp nhất 80% và phần lớn bệnh nhân mắc TST hỗn hợp (53,6%). Điều này

phù hợp với ý văn và tương đồng với các nghiên cứu trước đây^{1-3,6,7}. Đánh giá màu sắc sang thương cho thấy phần lớn bệnh nhân có sang thương màu nâu sáng (TST nhẹ), chiếm tỷ lệ 44,6%. Khác với kết quả của chúng tôi, nghiên cứu của Lưu Trúc Linh¹ (2023) ghi nhận bệnh nhân mức độ nặng của bệnh nhân nám da khá cao 79% với TST vừa và nặng. Điều này có thể do việc đánh giá mức độ nặng thông qua màu sắc sang thương chủ yếu dựa vào nhận

định chủ quan của bác sĩ, dẫn đến sự khác biệt giữa các nghiên cứu.

Chỉ số HASI phân bố chủ yếu trong khoảng 01 – 20, với giá trị trung bình là $9,0 \pm 6,1$; giá trị HASI cao nhất ghi nhận được là 26. Kết quả cho thấy mức độ TST dựa vào điểm HASI phân bố rộng, điều này khá phù hợp với mức độ TST theo màu sắc dựa vào đánh giá chủ quan của bác sĩ. Khi đánh giá chỉ số HASI theo loại TST, nhóm TST hỗn hợp có giá trị HASI trung bình (11,0) cao hơn đáng kể. Điều này khẳng định rằng TST hỗn hợp là loại phức tạp, thường diễn tiến nặng và khó điều trị.

Kết quả nghiên cứu tìm thấy mối tương quan giữa mức độ nặng của TST qua đánh giá màu sắc và chỉ số VISIA và chỉ số đo từ máy VISIA càng trầm trọng thì tương ứng với mức độ TST qua đánh giá màu sắc càng nặng. Tương tự chúng tôi, tác giả Ying Zuo và cộng sự⁸ (2022) cũng ghi nhận có mối tương quan giữa chỉ số VISIA với điểm thị giác lâm sàng được phân loại bởi bác sĩ da liễu. Tuy nhiên trong các chỉ số VISIA, có chỉ số giá trị vùng da đỏ không có sự tương quan với mức độ nặng TST qua đánh giá màu sắc, chỉ số này không phù hợp để đánh giá, ước lượng mức độ nặng của TST qua đánh giá màu sắc. Khi chia mức độ TST dựa vào màu sắc thành 2 nhóm, gồm nhóm TST nhẹ/vừa và nhóm TST nặng/rất nặng, chúng tôi sử dụng đường cong ROC và diện tích dưới đường cong (AUC) để đánh giá. Kết quả cho thấy điểm cắt tối ưu của chỉ số phần trăm đốm để phân biệt TST nhẹ/vừa và TST nặng/rất nặng với đốm bề mặt, đốm UV, đốm nâu lần lượt là 65,5%; 95,5%; 73,5%. Từ đó cho thấy, có thể sử dụng kết quả đo của máy VISIA để đánh giá, ước lượng mức độ TST qua màu sắc một cách khách quan, vì các chỉ số này không phụ thuộc vào đánh giá chủ quan của bác sĩ.

Ngoài đánh giá mức độ nặng của TST dựa vào màu sắc sang thương, nghiên cứu của chúng tôi còn sử dụng chỉ số mức độ nghiêm trọng (HASI) để đánh giá mức độ TST. Khi đánh giá chỉ số HASI, việc đánh giá độ tối (D) và độ đồng nhất (H) của sang thương cũng dựa vào đánh giá chủ quan của bác sĩ, nên vẫn có phần chênh lệch kết quả giữa những người đánh giá. Kết quả thấy hầu như tất cả các chỉ số VISIA đều có tương quan tốt với chỉ số HASI, trừ giá trị phần trăm của vùng da đỏ chưa ghi nhận có sự tương quan. Điều này chứng tỏ cả hai phương pháp này đều là những phương pháp đánh giá khách quan, có độ chính xác cao, nên kết quả của hai phương pháp có sự thống nhất, tương quan rất

tốt với nhau. Đèn Wood được ứng dụng vào đánh giá phân loại độ sâu của sắc tố, chia TST thành ba loại thương bì, trung bì, hỗn hợp. Khi so sánh các giá trị của máy VISIA theo loại TST được phân loại bởi đèn Wood, chúng tôi nhận thấy TST hỗn hợp có giá trị các chỉ số VISIA vượt trội hơn ở hầu hết các thông số. Chúng tôi chia loại TST thành 2 nhóm là TST hỗn hợp và TST thương bì/trung bì. Khi sử dụng đường cong ROC và diện tích dưới đường cong để phân tích, chúng tôi ghi nhận được một số giá trị điểm cắt tối ưu tham khảo để phân biệt giữa TST hỗn hợp với TST thương bì/trung bì với điểm đốm bề mặt và phần trăm đốm UV là 182,5 và 96,5% , với độ nhạy và độ đặc hiệu ghi nhận được nằm ở mức tương đối (hầu hết đều >50%).

V. KẾT LUẬN

Bệnh da chiếm tỷ lệ cao nhất là nám da, loại TST phổ biến là TST hỗn hợp. Có sự khác biệt về giá trị HASI trung bình theo loại TST, loại bệnh và màu sắc sang thương. Chỉ số VISIA tăng theo nhóm tuổi. Các chỉ số sắc tố đo bằng máy VISIA có mối tương quan với mức độ nặng của tăng sắc tố thông qua đánh giá màu sắc và chỉ số HASI. Do đó, máy VISIA có thể ứng dụng để đánh giá và phân loại mức độ cũng như theo dõi diễn tiến của tăng sắc tố.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lưu Trúc Linh, Huỳnh Văn Bá, Ngô Minh Vinh, Nguyễn Hồng Hà.** Đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân nám má tại bệnh viện Trường đại học Y dược Cần Thơ và Viện nghiên cứu Da Thẩm mỹ Quốc tế FOB năm 2022 - 2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;529(1b):171-175.
2. **Trần Vũ Linh, Huỳnh Văn Bá, Trương Thành Nam.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị nốt Hori bằng Laser Pico ND:YAG tại bệnh viện Da liễu Cần Thơ năm 2019 - 2020. Tạp chí Y Dược Học Cần Thơ. 2020;29:164-171.
3. **Lê Thái Văn Thanh.** Nghiên cứu nám má trên phụ nữ có thai và một số biện pháp can thiệp. Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2015.
4. **American Academy of Dermatology.** Hyperpigmentation. Accessed 19 August 2020.
5. **Canfield Scientific.** RBX Technology Overview. Accessed September 8, 2024.
6. **Achar A., Rathi S. K.** Melasma: a clinico-epidemiological study of 312 cases. Indian J Dermatol. Jul 2011;56(4):380-2.
7. **Sheth V. M., Pandya A. G.** Melasma: a comprehensive update: part II. J Am Acad Dermatol. Oct 2011;65(4):699-714.
8. **Zuo Y., Li A., He H., Wan R., Li Y., Li L.** Assessment of features in facial hyperpigmentation: Comparison study between VISIA and CSKIN. Skin Res Technol. Nov 2022;28(6):846-850.

TỶ LỆ TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN HIV ĐIỀU TRỊ ARV TẠI PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ TRUNG TÂM Y TẾ THỊ XÃ BẾN CÁT, BÌNH DƯƠNG NĂM 2023

Trần Tuấn Thanh^{1,2}, Nguyễn Tấn Đạt¹, Dương Thành Tín²,
Trần Thị Đoàn Trang², Trần Quang Trung¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân HIV luôn là mối quan tâm hàng đầu của các cấp ban ngành. Việc phát hiện sớm tiền đái tháo đường ở nhóm bệnh nhân này không chỉ giúp ngăn chặn nguy cơ tiến triển thành đái tháo đường mà còn góp phần cải thiện sức khỏe và chất lượng cuộc sống của họ. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ tiền đái tháo đường và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân HIV đang điều trị ARV tại Trung tâm Y tế thị xã Bến Cát. **Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 677 bệnh nhân HIV được quản lý và điều trị tại Trung tâm Y tế thị xã Bến Cát từ tháng 9 đến tháng 12 năm 2023. **Kết quả:** Tỷ lệ tiền đái tháo đường ở nhóm bệnh nhân HIV đạt 43%. Các yếu tố liên quan bao gồm giới tính nam, thừa cân-béo phì, rối loạn lipid máu, và tăng huyết áp. **Kết luận:** Tỷ lệ tiền đái tháo đường ở bệnh nhân HIV đang điều trị ARV khá cao, do đó cần chú trọng công tác tầm soát sớm cho nhóm đối tượng này.

Từ khóa: Tiền đái tháo đường, HIV, ARV, Trung tâm Y tế thị xã Bến Cát, Bình Dương.

SUMMARY

PREVALENCE OF PREDIABETES AND RELATED FACTORS IN HIV PATIENTS RECEIVING ARV TREATMENT AT THE OUTPATIENT CLINIC OF BEN CAT TOWN HEALTH CENTER, BINH DUONG, 2023

Background: Improving the quality of life for HIV patients is a primary concern for public health authorities. Early detection of prediabetes in this population not only helps prevent progression to diabetes but also contributes to better health outcomes and an enhanced quality of life. **Study objective:** To determine the prevalence of prediabetes and associated factors in HIV patients receiving ARV treatment at the Ben Cat Town Health Center. **Subjects and Methods:** This cross-sectional study was conducted on 677 HIV patients under management and treatment at the Ben Cat Town Health Center from September to December 2023. **Results:** The prevalence of prediabetes among HIV patients was 43%. Associated factors included male gender, overweight/obesity, dyslipidemia, and

hypertension. **Conclusion:** The high prevalence of prediabetes in HIV patients receiving ARV treatment underscores the need for early screening in this population. **Keywords:** Prediabetes, HIV, ARV, Ben Cat Town Health Center, Binh Duong.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ, tiền đái tháo đường là giai đoạn khi lượng đường trong máu cao hơn mức bình thường, và đây là dấu hiệu cảnh báo sớm cho bệnh đái tháo đường (ĐTĐ). Dù bệnh nhân chưa có triệu chứng rõ rệt, nhưng nguy cơ tổn thương mạch máu lớn đã bắt đầu xuất hiện. Báo cáo năm 2014 của CDC Hoa Kỳ chỉ ra rằng, có đến 15–30% người mắc tiền đái tháo đường sẽ tiến triển thành đái tháo đường tuýp 2 trong vòng 5 năm [1].

Các yếu tố nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường như béo phì cũng ngày càng phổ biến khi hình thái HIV thay đổi từ suy mòn và tử vong sớm sang thừa cân và kéo dài tuổi thọ [5]. Đặc biệt, tỷ lệ mắc đái tháo đường ở bệnh nhân HIV đang điều trị ARV tại Hoa Kỳ cao gấp 4 lần so với người không nhiễm HIV [2].

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về tỷ lệ tiền đái tháo đường ở người nhiễm HIV, với tỷ lệ mắc bệnh khác nhau, song tại Việt Nam, các nghiên cứu này vẫn còn hạn chế. Việc xác định tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến tiền đái tháo đường ở bệnh nhân HIV là cần thiết nhằm phát hiện và can thiệp sớm. Điều này có thể làm chậm hoặc ngăn ngừa tiến triển thành đái tháo đường tuýp 2, từ đó giúp kéo dài tuổi thọ, giảm thiểu biến chứng, cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, và giảm gánh nặng tài chính cho hệ thống y tế. Do vậy, nghiên cứu này được tiến hành nhằm xác định tỷ lệ tiền đái tháo đường và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân HIV đang điều trị ARV.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân HIV đang điều trị ARV thuộc danh sách quản lý tại Trung tâm Y tế (TTYT) thị xã Bến Cát.

- Tiêu chuẩn chọn: Bao gồm những bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm HIV/AIDS, có tên trong danh sách quản lý điều trị ARV tại TTYT thị xã Bến Cát, và có mặt tại thời điểm nghiên cứu.

¹Trường Đại học Y dược Cần Thơ

²Trung tâm Y tế thị xã Bến Cát

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tấn Đạt

Email: ntdat@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2024

Ngày duyệt bài: 25.11.2024