

huyết khối động mạch phổi (1,5%). Phẫu thuật sleeve có liên quan đến tỷ lệ tái phẫu thuật thấp (1,5%) và tỷ lệ tử vong do phẫu thuật (1,2%) [6].

## V. KẾT LUẬN

Qua báo cáo ca bệnh và các tài liệu, chúng ta thấy những ưu điểm của phẫu thuật sleeve trong điều trị những khối u trung tâm, u xâm lấn phế quản gốc so với phẫu thuật cắt toàn bộ phổi. Các lợi ích về giảm tỷ lệ biến chứng, tỷ lệ tử vong, OS và DFS của nhóm phẫu thuật sleeve cao hơn đáng kể so với nhóm phẫu thuật cắt toàn bộ phổi. Phẫu thuật sleeve đặc biệt có lợi cho các bệnh nhân cao tuổi, các bệnh nhân có chức năng tim phổi kém. Tuy nhiên đây là một phẫu thuật khó, kỹ thuật cần phải được thực hiện ở các trung tâm phẫu thuật lớn, phải được chuẩn bị trước mổ kỹ lưỡng, với các bác sĩ phẫu thuật được đào tạo bài bản và chuyên sâu, đội ngũ bác sĩ gây mê chuyên nghiệp. Song song với những ưu điểm mà phẫu thuật sleeve đem lại so với phẫu thuật cắt toàn bộ phổi đối với các khối u trung tâm, cũng có những tỷ lệ xảy ra những biến chứng sau mổ (biến chứng sớm/biến chứng muộn) như hẹp phế quản, rò phế quản, tổn thương động mạch phổi..., chính vì vậy việc điều trị và theo dõi sát bệnh nhân là điều rất quan trọng để phòng, phát hiện sớm các biến chứng

để có những xử lý kịp thời.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Michel Gonzalez, Louis - Emmanuel Chriqui.** "Sleeve lobectomy in patients with non-small-cell lung cancer: a report from the European Society of Thoracic Surgery database 2021." *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, Volume 62, Issue 6. December 2022. ezac502
2. **Zhengjun Li, Wei Chen.** "Sleeve lobectomy compared with pneumonectomy for operable centrally located non-small cell lung cancer: a meta-analysis". *Transl Lung Cancer Res.* 2019 Dec; 8(6): 775-786. xem tại đây
3. **Bedrettin Yildizeli, Elie Fadel, Sacha Mussot.** "Morbidity, mortality, and long-term survival after sleeve lobectomy for non-small cell lung cancer" *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*. Volume 31. Issue 1, January 2007, Pages 95-102 xem tại đây
4. **Luca voltolini.** "Complex Sleeve Lobectomy Has Lower Postoperative Major Complications Than Pneumonectomy in Patients with Centrally Located Non-Small-Cell Lung Cancer" *Cancers* 2024. 16(2). 261; xem tại đây
5. **Yiming He, Lin Huang.** "Predicting complication risks after sleeve lobectomy for non-small cell lung cancer". *TLCR Vol 13, No 6 (June 30, 2024)* xem tại đây
6. **Dimitrios E. Magoulitis.** "Long-Term Survival after Extended Sleeve Lobectomy (ESL) for Central Non-Small Cell Lung Cancer (NSCLC): A Meta-Analysis with Reconstructed Time-to-Event Data" *J Clin Med.* 2023 Jan; 12(1): 204. xem tại đây

## KHẢO SÁT SỰ KHÁC BIỆT VỀ ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ, LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN VÂY NẸN ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC SINH HỌC SO VỚI NHÓM SỬ DỤNG CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ KHÁC

Nguyễn Thị Hồng Chuyên<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Mai Xuân<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm dịch tễ, lâm sàng của bệnh nhân vảy nến mảng điều trị bằng thuốc sinh học và so sánh với nhóm sử dụng các phương pháp điều trị khác. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca trên 253 bệnh nhân vảy nến mảng mức độ trung bình - nặng tại bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 03/2024 đến 06/2024. **Kết quả:** Bệnh nhân vảy nến mảng mức độ trung bình - nặng điều trị bằng thuốc sinh học có độ tuổi trung bình lớn hơn, tỉ lệ nam/nữ cao hơn, trình độ học vấn và thu nhập gia đình cao hơn so với nhóm điều trị phương pháp khác. Bệnh nhân vảy nến mảng

mức độ trung bình - nặng điều trị thuốc sinh học có thời gian bệnh dài hơn, hiệu quả điều trị cao hơn với điểm số PASI (Psoriasis Area Surface Index), BSA (Body Surface Area) và DLQI (Dermatology Life Quality Index) thấp hơn đáng kể so với nhóm điều trị phương pháp khác. Bệnh nhân điều trị phương pháp khác chủ yếu sử dụng thuốc thoa tại chỗ (97,5%) và thuốc hệ thống cổ điển (60,8%). Nguyên nhân chủ yếu khiến bệnh nhân chưa điều trị thuốc sinh học là chi phí cao (75,8%). **Kết luận:** Thuốc sinh học là phương pháp điều trị hiệu quả và mang lại sự hài lòng cao cho bệnh nhân. Nghiên cứu cho thấy sự khác biệt của đặc điểm kinh tế xã hội và hiệu quả điều trị của bệnh nhân điều trị thuốc sinh học so với nhóm sử dụng các phương pháp điều trị khác. **Từ khóa:** đặc điểm kinh tế xã hội, vảy nến, thuốc sinh học

<sup>1</sup>Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Chuyên

Email: chuyennghuyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 27.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 7.11.2024

Ngày duyệt bài: 2.12.2024

### SUMMARY

#### EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH PSORIASIS TREATED WITH BIOLOGICAL

## AGENTS COMPARED TO THOSE USING OTHER TREATMENT METHODS

**Objective:** To investigate the epidemiological and clinical characteristics of patients with moderate-to-severe psoriasis vulgaris treated with biological agents, compared to those using other treatment methods. **Subjects and Methods:** A case series study was conducted at HCMC Hospital of Dermatology and Venereology, involving 253 participants from March 2024 to June 2024. **Results:** Patients receiving biologics were generally older, had a higher male-to-female ratio, and had higher educational and income levels than those in other treatment groups. Biologic treatment was associated with a longer disease duration and significantly greater treatment efficacy, evidenced by lower PASI, BSA, and DLQI scores. In contrast, patients in the non-biologic treatment group predominantly used topical medications (97.5%) and conventional systemic therapies (60.8%). The primary barrier to biologic therapy was its high cost, as reported by 75.8% of patients. **Conclusion:** Biologics were shown to be an effective treatment option, leading to high patient satisfaction. The study highlighted notable differences in socioeconomic status and treatment outcomes between patients treated with biologics and those using other therapies.

**Keywords:** socioeconomic, psoriasis, biologics

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vảy nến là bệnh lý viêm hệ thống, mạn tính qua trung gian miễn dịch phổ biến, biểu hiện các thể lâm sàng khác nhau, trong đó vảy nến mảng chiếm tỉ lệ nhiều nhất, ảnh hưởng đến 85–90% bệnh nhân vảy nến<sup>1</sup>. Bệnh ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống và gia tăng nguy cơ nhiều bệnh đồng mắc. Bệnh nhân vảy nến có tổn thương giới hạn có thể được điều trị bằng thuốc bôi tại chỗ, trong khi các bệnh nhân mức độ từ trung bình đến nặng có thể cần đến các phương pháp điều trị toàn thân, bao gồm liệu pháp ánh sáng, thuốc hệ thống cổ điển và thuốc sinh học. Các phương pháp điều trị sẽ thay đổi tùy thuộc vào đặc điểm kinh tế xã hội và tình trạng lâm sàng của bệnh nhân. Thuốc hệ thống cổ điển khá hiệu quả, dễ tiếp cận tuy nhiên độc tính lâu dài là một vấn đề cần thận trọng khi sử dụng lâu dài. Liệu pháp sinh học là phương pháp điều trị mới, hiệu quả, tác động chọn lọc lên cơ chế bệnh sinh của vảy nến, do đó hạn chế được những tác dụng phụ không mong muốn của các thuốc thể hệ trước<sup>2</sup>. Hiện nay số lượng bệnh nhân tiếp cận và điều trị với thuốc sinh học còn hạn chế. Nghiên cứu này nhằm cung cấp thông tin về đặc điểm dịch tễ và lâm sàng của bệnh nhân vảy nến mảng mức độ trung bình - nặng điều trị thuốc sinh học và so sánh với nhóm điều trị các phương pháp khác.

**Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm dịch tễ, lâm

sàng của bệnh nhân vảy nến mảng mức độ trung bình - nặng điều trị thuốc sinh học so với nhóm sử dụng phương pháp điều trị khác

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả hàng loạt ca

**2.2. Thời gian nghiên cứu:** từ 03/2024 – 06/2024.

**2.3. Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân vảy nến mảng mức độ trung bình – nặng, đến khám tại bệnh viện Da liễu TP.HCM trong thời gian từ 03/2024 - 06/2024

**2.4. Cỡ mẫu:** Chúng tôi đưa vào nghiên cứu 253 bệnh nhân vảy nến mảng mức độ trung bình - nặng, bao gồm 133 bệnh nhân điều trị thuốc sinh học và 120 bệnh nhân điều trị với các phương pháp khác.

**2.5. Kỹ thuật chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện

**2.6. Tiêu chuẩn chọn mẫu:**

**Tiêu chuẩn nhận vào:** Bệnh nhân từng được chẩn đoán vảy nến mảng mức độ trung bình - nặng (thỏa 1 trong 3 tiêu chuẩn: BSA > 10%, PASI > 10, DLQI > 10), trên 18 tuổi. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không đồng ý tham gia.

**2.7. Phương pháp thu thập số liệu:** Dữ liệu được thu thập trực tiếp bằng cách phỏng vấn bệnh nhân và ghi nhận thông tin lưu trữ trong hồ sơ bệnh án.

**2.8. Các bước thu thập số liệu.** Bệnh nhân đến khám thỏa tiêu chuẩn, chúng tôi sẽ giải thích cho người bệnh về mục tiêu, cách thức tiến hành nghiên cứu. Bệnh nhân đồng ý sẽ ký tên vào phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu.

Sau đó, chúng tôi tiến hành thu thập dữ kiện gồm thông tin chung, đặc điểm kinh tế xã hội, đặc điểm lâm sàng, độ nặng của bệnh nhân.

**2.9. Xử lý số liệu.** Số liệu được xử lý bằng phần mềm STATA 14.2. Các biến số định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỉ lệ phần trăm. Các biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn nếu là phân phối chuẩn và dạng trung vị, khoảng tứ phân vị nếu không phải phân phối chuẩn. Dùng phép kiểm Chi bình phương ( $\chi^2$ ) hoặc phép kiểm định Fisher's (vong trị <5) để kiểm định mối liên quan giữa 2 hay nhiều biến định tính. Dùng phép kiểm Student (nếu là phân phối chuẩn) và phép kiểm Mann-Whitney U (nếu không là phân phối chuẩn) để so sánh 2 số trung bình. Sự khác biệt được xem có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$  với độ tin cậy 95%.

**2.10. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y dược TP.HCM,

mã số 23631-ĐHYD, ngày 28/09/2023.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ của bệnh nhân (n=253)**

Đặc điểm		Nhóm bệnh nhân		p
		Điều trị thuốc sinh học n=133	Điều trị phương pháp khác n=120	
Tuổi (năm)	TB ± ĐLC	42,3 ± 12,6	37,0 ± 11,9	<0,001 <sup>a</sup>
	GTNN - GTLN	19 - 77	19 - 67	
Nhóm tuổi n (%)	< 30 tuổi	21 (15,8)	40 (33,3)	0,008 <sup>c</sup>
	30 - 59 tuổi	95 (71,4)	73 (60,8)	
	≥ 60 tuổi	17 (12,8)	7 (5,8)	
Giới tính n (%)	Nam	112 (84,2)	70 (58,3)	<0,001 <sup>c</sup>
	Nữ	21 (15,8)	50 (41,7)	
Nghề nghiệp n (%)	Lao động trí óc	87 (65,4)	41 (34,2)	<0,001 <sup>b</sup>
	Lao động chân tay	23 (17,3)	57 (47,5)	
	Không việc làm	8 (6,0)	20 (16,7)	
	Hưu trí	15 (11,3)	2 (1,7)	
Thu nhập gia đình n (%)	< 10 triệu	7 (5,3)	35 (29,2)	<0,001 <sup>b</sup>
	10 - 20 triệu	35 (26,3)	50 (41,7)	
	20 - 30 triệu	33 (24,8)	19 (15,8)	
	> 30 triệu	57 (42,9)	16 (13,3)	
Trình độ học vấn n (%)	Tiểu học, trung học cơ sở	7 (5,3)	34 (28,4)	<0,001 <sup>b</sup>
	Trung học phổ thông	29 (21,8)	34 (28,3)	
	Đại học/sau đại học	97 (72,9)	47 (43,3)	
Nơi cư trú n (%)	TP. Hồ Chí Minh	83 (62,4)	53 (42,2)	0,004 <sup>c</sup>
	Tỉnh khác	50 (37,6)	67 (55,8)	

a, kiểm định Student's t-test; b, kiểm định Fisher; c, kiểm định chi bình phương; TB, trung bình; ĐLC, độ lệch chuẩn; GTNN, giá trị nhỏ nhất; GTLN, giá trị lớn nhất

**Nhận xét:** bệnh nhân điều trị thuốc sinh học có độ tuổi lớn hơn, tỉ lệ nam/nữ cao hơn, ưu

thể lao động trí óc (65,4%) và có thu nhập cao hơn, nhóm điều trị phương pháp khác ưu thế lao động chân tay (47,5 %). Bệnh nhân điều trị thuốc sinh học có tỉ lệ học đại học và sau đại học cao hơn, đồng thời đa phần ở TP.HCM.

**Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân (n=253)**

Đặc điểm		Nhóm bệnh nhân		p
		Điều trị thuốc sinh học n=133	Điều trị phương pháp khác n=120	
Tuổi khởi phát (năm)	TB ± ĐLC	27,6 ± 13,1	26,0 ± 12,4	0,32 <sup>a</sup>
	GTNN - GTLN	5 - 73	3 - 63	
Nhóm tuổi khởi phát (năm)	< 30 tuổi	84 (63,1)	80 (66,7)	0,85 <sup>b</sup>
	30 - 59 tuổi	47 (35,3)	38 (31,7)	
	≥ 60 tuổi	2 (1,3)	2 (1,7)	
Thời gian bệnh (năm)	TB ± ĐLC	14,8 ± 8,7	11,3 ± 9,1	0,002 <sup>a</sup>
	GTNN - GTLN	1 - 45	1 - 51	
Khoảng thời gian bệnh (năm)	< 1 năm	2 (1,5)	8 (6,7)	0,025 <sup>b</sup>
	1 - 5 năm	14 (10,5)	25 (20,8)	
	6 - 9 năm	23 (17,3)	24 (20,0)	
	≥ 10 năm	94 (70,7)	63 (52,5)	
BSA (%) hiện tại	TB ± ĐLC	8,5 ± 16,5	42,4 ± 21,4	<0,001 <sup>a</sup>
	GTNN - GTLN	0 - 80	2,6 - 86	
PASI hiện tại	TB ± ĐLC	4,6 ± 7,8	19,2 ± 8,1	<0,001 <sup>a</sup>
	GTNN - GTLN	0 - 36,8	1,5 - 46	
DLQI hiện tại	TB ± ĐLC	5,0 ± 6,2	13,2 ± 6,2	<0,001 <sup>a</sup>
	GTNN - GTLN	0 - 30	0 - 30	
Bệnh đồng mắc n(%)	Viêm khớp vảy nến	65 (48,9)	46 (38,3)	<0,001 <sup>b</sup>
	Tăng huyết áp	33 (24,8)	11 (9,2)	

	Rối loạn lipid máu	19 (14,3)	5 (4,2)	
	Đái tháo đường	18 (13,5)	5 (4,2)	

a, kiểm định Student's t-test; b, kiểm định Fisher; c, kiểm định chi bình phương; TB, trung bình; ĐLC, độ lệch chuẩn; GTNN, giá trị nhỏ nhất; GTLN, giá trị lớn nhất

**Nhận xét:** Bệnh nhân đa phần có tuổi khởi phát dưới 30 tuổi. Cả 2 nhóm chủ yếu có thời gian mắc bệnh trên 10 năm, bệnh nhân điều trị

thuốc sinh học có thời gian bệnh dài hơn. Chỉ số BSA, PASI và DLQI thấp hơn đáng kể ở nhóm dùng thuốc sinh học so với nhóm điều trị phương pháp khác. Bệnh nhân điều trị thuốc sinh học có tỉ lệ bệnh lý đồng mắc nhiều hơn nhóm điều trị phương pháp khác.

**Bảng 3: Các đặc điểm ở nhóm bệnh nhân điều trị phương pháp khác (n=120)**

Đặc điểm		Giá trị
Phương pháp điều trị n(%)	Thuốc thoa tại chỗ	117 (97,5)
	Thuốc hệ thống cổ điển	73 (60,8)
	Liệu pháp ánh sáng	17 (14,2)
	Điều trị khác (đông y,...)	26 (21,7)
Biết về thuốc sinh học n(%)	Có	102 (85,0)
	Không	18 (15,0)
Đã được bác sĩ tư vấn về thuốc sinh học, n(%)	Có	79 (65,8)
	Không	41 (34,2)
Lý do bệnh nhân không điều trị thuốc sinh học, n(%)	Chi phí cao	91 (75,8)
	Không được chỉ định	13 (10,8)
	Không biết rõ về thuốc	26 (21,7)
	Sợ không hiệu quả	7 (5,8)
	Sợ tác dụng phụ	20 (16,7)
	Khoảng cách tiêm ngắn	14 (11,7)
	Ngưng thuốc khó kiểm soát	22 (18,3)
Nguyên nhân khác	9 (7,5)	

**Nhận xét:** Bệnh nhân nhóm điều trị phương pháp khác chủ yếu sử dụng thuốc thoa và thuốc hệ thống cổ điển. Đa phần bệnh nhân có tìm hiểu và biết về thuốc sinh học (85%). Có 65,8% bệnh nhân đã được bác sĩ tư vấn về thuốc sinh

học. Lý do khiến bệnh nhân không điều trị thuốc sinh học chủ yếu là do chi phí cao (75,8%), chưa hiểu rõ về thuốc (21,7%), sợ ngưng thuốc bệnh khó kiểm soát (18,3%), và sợ tác dụng phụ (16,7%),...

**Bảng 4: Các đặc điểm khác ở nhóm bệnh nhân điều trị thuốc sinh học (n=133)**

Đặc điểm		Giá trị
Tỉ lệ ngưng điều trị sinh học, n(%)	Còn điều trị	120 (90,2)
	Bỏ trị	13 (9,8)
Thuốc sinh học điều trị	Infliximab	2 (1,6)
	Ustekinumab	6 (4,5)
	Secukinumab	123 (92,5)
	Guselkumab	2 (1,5)
Tỉ lệ chuyển đổi thuốc sinh học, n(%)	Chưa đổi	126 (94,7)
	Đổi thuốc	7 (5,3)
Tỉ lệ điều trị kết hợp với các phương pháp khác, n(%)	Kết hợp với thuốc bôi	51 (38,3)
	Kết hợp với thuốc hệ thống cổ điển	4 (3,0)
Mức độ hài lòng với thuốc sinh học hiện tại, n(%)	Rất hài lòng	33 (24,8)
	Hài lòng	78 (58,7)
	Không hài lòng	12 (9,0)
	Hoàn toàn không hài lòng	10 (7,5)

**Nhận xét:** Bệnh nhân điều trị thuốc sinh học có 9,8% bệnh nhân ngưng điều trị (do chi phí cao và kém hiệu quả). Secukinumab là thuốc sinh học được sử dụng nhiều nhất (92,5%). Tỉ lệ chuyển đổi thuốc là 5,5%, chủ yếu vì kém đáp ứng, chi phí cao và bệnh nhân muốn kéo dài khoảng cách tiêm. Đa phần bệnh nhân đều hài

lòng với thuốc sinh học đang sử dụng.

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 253 bệnh nhân vảy nến mức độ trung bình - nặng ghi nhận bệnh nhân điều trị với thuốc sinh học có giới nam chiếm ưu thế, chủ yếu là lao động trí óc, có trình

độ học vấn và có thu nhập gia đình cao hơn. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Jenny M. Norlin<sup>3</sup>, Emanuele Scala<sup>4</sup> và K. Geale<sup>5</sup>. Các tác giả đưa ra giả thuyết rằng phụ nữ có mức độ bệnh ít nghiêm trọng hơn so với nam giới, khả năng tuân thủ và kiểm soát bệnh tốt hơn do đó ít khả năng cần đến thuốc sinh học. Ngoài ra, các liệu pháp sinh học khi kê đơn cần thận trọng đối với phụ nữ trẻ trong độ tuổi sinh đẻ, mặc dù tác dụng gây quái thai chưa được ghi nhận. Chúng tôi ghi nhận bệnh nhân vảy nến điều trị thuốc sinh học có trình độ học vấn cao hơn và đa phần là lao động trí óc. Ngược lại, những bệnh nhân không có việc làm, lao động chân tay và những bệnh nhân có trình độ học vấn thấp hơn đa phần điều trị với các phương pháp khác. Tuy nhiên có điểm khác biệt với các nghiên cứu trên là độ tuổi nhóm điều trị thuốc sinh học cao hơn so với nhóm điều trị phương pháp khác. Điều này có thể lí giải bởi bệnh nhân lớn tuổi sẽ có thời gian bệnh dài hơn, có nhiều cơ hội tìm hiểu về các phương pháp điều trị mới, đồng thời thu nhập của bệnh nhân có độ tuổi càng lớn có xu hướng tăng dần, có thể chi trả cho phương pháp điều trị này. Bệnh nhân ở TP.HCM dễ dàng tiếp cận thuốc sinh học so với bệnh nhân ở tỉnh khác. Bởi vì thuốc sinh học là phương pháp điều trị mới, chỉ có sẵn ở bệnh viện tuyến cao, do đó bệnh nhân ở ngoài TP.HCM phải di chuyển khá xa để điều trị, đồng thời việc điều trị là lâu dài nên vị trí địa lý cũng là một rào cản lớn cho những bệnh nhân ở xa.

Nhóm tuổi khởi phát của bệnh nhân vảy nến trong nghiên cứu này chủ yếu dưới 30 tuổi, với 63,1% ở nhóm bệnh nhân điều trị thuốc sinh học và 66,7% nhóm điều trị phương pháp khác. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với y văn ghi nhận vảy nến có thể khởi phát ở mọi lứa tuổi nhưng thường khởi phát nhiều nhất ở độ tuổi từ 15 đến 30 tuổi<sup>6</sup>. Cả 2 nhóm đa phần đều có thời gian mắc bệnh hơn 10 năm. Nhóm bệnh nhân điều trị thuốc sinh học có thời gian mắc bệnh dài hơn trung bình là  $14,8 \pm 8,7$  năm so với  $11,3 \pm 9,1$  ở nhóm điều trị bằng các phương pháp khác ( $p < 0,05$ ). Bệnh nhân nhóm điều trị thuốc sinh học có tỉ lệ bệnh lý đồng mắc như viêm khớp vảy nến, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu cao hơn những bệnh nhân điều trị bằng các phương pháp khác. Điều này có thể được giải thích bởi nhóm bệnh nhân điều trị thuốc sinh học lớn tuổi hơn, thời gian bệnh dài hơn từ đó có tỉ lệ bệnh lý đồng mắc cao hơn. Bệnh nhân điều trị thuốc sinh học có độ nặng (chỉ số BSA, PASI và DLQI) thấp hơn đáng kể so với nhóm điều trị với các phương pháp khác. Từ đó thấy rõ hiệu quả

vượt trội của thuốc sinh học so với các phương pháp khác, không chỉ cải thiện mức độ nghiêm trọng của bệnh mà còn cải thiện chất lượng cuộc sống và đời sống tinh thần của bệnh nhân.

Bệnh nhân điều trị thuốc sinh học có 9,8% ngưng điều trị, nguyên nhân chủ yếu là chi phí cao và kém hiệu quả. Tỉ lệ chuyển đổi thuốc là 5,5%, chủ yếu vì kém đáp ứng, chi phí cao và bệnh nhân muốn kéo dài khoảng cách tiêm. Secukinumab là thuốc sinh học được sử dụng nhiều nhất (92,5% và đa phần bệnh nhân đều hài lòng với thuốc sinh học đang sử dụng. Nhóm bệnh nhân điều trị với các phương pháp khác có đến 97,5% bệnh nhân sử dụng thuốc bôi tại chỗ và 60,8% sử dụng thuốc hệ thống cổ điển. Số lượng bệnh nhân điều trị với liệu pháp ánh sáng còn hạn chế chỉ 14,2%, điều này có thể được giải thích vì một số hạn chế của phương pháp như chi phí khá cao, đồng thời bệnh nhân phải điều trị nhiều lần với tần suất 2-3 lần/tuần. Ngoài ra, có đến 21,7% bệnh nhân có sử dụng thuốc đông y, thực phẩm chức năng, hoặc các loại thuốc chưa rõ nguồn gốc. Đa phần bệnh nhân có tìm hiểu và biết về thuốc sinh học (85%) và có 65,8% bệnh nhân đã được bác sĩ tư vấn về thuốc sinh học. Lý do khiến bệnh nhân không điều trị thuốc sinh học chủ yếu là do chi phí cao (75,8%), chưa hiểu rõ về thuốc (21,7%), sợ ngưng thuốc bệnh khó kiểm soát (18,3%), và sợ tác dụng phụ (16,7%),... Kết quả ghi nhận có khác biệt với nghiên cứu của Shuhui Min<sup>7</sup> khi lý do chủ yếu khiến bệnh nhân vảy nến ở Trung Quốc không điều trị với thuốc sinh học là chưa biết hoặc chưa hiểu rõ về thuốc sinh học (58,5%), chi phí cao (13,3%) và lo ngại về tác dụng phụ (10,8%).

## V. KẾT LUẬN

Thuốc sinh học là phương pháp điều trị mới mang lại hiệu quả và sự hài lòng cao cho bệnh nhân vảy nến mức độ trung bình-nặng. Nghiên cứu cho thấy những khác biệt về đặc điểm dịch tễ và lâm sàng của bệnh nhân vảy nến điều trị thuốc sinh học so với nhóm điều trị các phương pháp khác, đồng thời nhấn mạnh vào tầm quan trọng của đặc điểm kinh tế xã hội đến quyết định điều trị thuốc sinh học ở bệnh nhân vảy nến.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Boehncke WH, Schön MP.** Psoriasis. *Lancet*. Sep 5 2015;386(9997):983-94. doi:10.1016/s0140-6736(14)61909-7
2. **Mansouri Y, Goldenberg G.** Biologic safety in psoriasis: review of long-term safety data. *J Clin Aesthet Dermatol*. Feb 2015;8(2):30-42.

- Norlin JM, Löfvendahl S, Schmitt-Egenolf M. The Influence of Socioeconomic Factors on Access to Biologics in Psoriasis. *J Clin Med*. Nov 22 2023;12(23):doi:10.3390/jcm12237234
- Scala E, Megna M, Amerio P, et al. Patients' demographic and socioeconomic characteristics influence the therapeutic decision-making process in psoriasis. *PLoS One*. 2020;15(8):e0237267. doi:10.1371/journal.pone.0237267
- Geale K, Henriksson M, Schmitt-Egenolf M. Evaluating equality in psoriasis healthcare: a cohort study of the impact of age on prescription of biologics. *British Journal of Dermatology*. 2016;174(3): 579-587. doi:https://doi.org/10.1111/bjd.14331
- Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis. In: Kang S, Amagai M, Bruckner AL, et al, eds. *Fitzpatrick's Dermatology*, 9e. McGraw-Hill Education; 2019.
- Min S, Wang D, Xia J, et al. The economic burden and quality of life of patients with psoriasis treated with biologics in China. *J Dermatolog Treat*. Dec 2023;34(1):2247106. doi:10.1080/09546634.2023.2247106

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG HÌNH ẢNH X-QUANG GÃY KÍN ĐẦU DƯỚI XƯƠNG CHÀY KẾT XƯƠNG BẰNG NẸP VÍT KHÓA ÍT XÂM LẤN TẠI KHOA CHẨN THƯƠNG CHÍNH HÌNH - BÔNG, BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Nguyễn Thế Điệp<sup>1</sup>, Đào Văn Dương<sup>2</sup>,  
Nguyễn Đức Tài<sup>2</sup>, Phan Thanh Nam<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X-quang gãy kín đầu dưới xương chày được kết xương bằng nẹp vít khóa tại Khoa Chấn thương chỉnh hình - Bông, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả loạt ca bệnh kết hợp theo dõi dọc, gồm 47 bệnh nhân gãy kín đầu dưới xương chày, từ tháng 6/2022 đến 12/2023. **Kết quả:** Bệnh nhân chủ yếu là nữ giới chiếm 63,8%, độ tuổi từ 40-59 chiếm 42,6%, trung bình 50,38 tuổi, nguyên nhân chính là tai nạn giao thông. Hình ảnh X-quang cho thấy loại gãy A1, A2 phổ biến chiếm 46,7%; gãy A3: 17,1%; gãy C1: 19,1%; gãy C2: 17,1%; gãy xương chày kèm theo gãy xương mác: 11 trường hợp chiếm 23,4%; biến dạng chi: 32/47 BN chiếm 68,1%. **Kết luận:** Kết xương bằng nẹp vít khóa ít xâm lấn dưới C-arm điều trị gãy kín đầu dưới xương chày loại A1, A2, A3, C1, C2 đạt được kết quả tốt trên các mặt liền xương, phục hồi chức năng, tỷ lệ biến chứng thấp.

**Từ khóa:** Gãy kín đầu dưới xương chày, kết xương nẹp khóa, ít xâm lấn, Chấn thương chỉnh hình.

### SUMMARY

**CLINICAL CHARACTERISTICS AND RADIOGRAPHIC IMAGES OF DISTAL TIBIAL FRACTURES TREATED WITH LOCKING PLATE FIXATION AT THE DEPARTMENT OF ORTHOPEDIC TRAUMA AND BURNS,**

### THAI BINH GENERAL HOSPITAL

**Aims:** To describe the clinical characteristics and radiographic images of distal tibial fractures treated with locking plate fixation at the Department of Orthopedic Trauma and Burns, Thai Binh General Hospital. **Method:** A prospective descriptive case series study with longitudinal follow-up, including 47 patients with closed distal tibial fractures, from June 2022 to December 2023. **Results:** The majority of patients were female, accounting for 63.8%. Patients aged 40-59 made up 42.6%, with an average age of 50.38. The leading cause of injury was traffic accidents. Radiographic images showed that fractures of type A1 and A2 were the most common, accounting for 46.7%, followed by A3 (17.1%), C1 (19.1%), and C2 (17.1%). In 11 cases (23.4%), tibial fractures were accompanied by fibular fractures. Limb deformities were present in 32 out of 47 patients (68.1%). **Conclusions:** Our study demonstrates that minimally invasive locking plate fixation under the C-arm for closed distal tibial fractures of types A1, A2, A3, C1, and C2 consistently leads to good outcomes in terms of bone healing and functional recovery. This should give medical professionals optimism about the post-treatment quality of life for their patients.

**Keywords:** Closed fracture of distal tibia, locked plate fixation, minimally invasive, Orthopedic trauma.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy kín đầu dưới xương chày là loại tổn thương thường gặp, nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông. Do đặc điểm giải phẫu của vùng cổ chân có ít mô mềm và khả năng cấp máu kém, do đó điều trị gặp nhiều khó khăn. Phẫu thuật kết xương bằng nẹp vít khóa ít xâm lấn điều trị gãy kín đầu dưới xương chày có vai trò quan trọng, đạt được kết quả liền xương, phục

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Điệp

Email: diepnguyentheyb@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 5.11.2024

Ngày duyệt bài: 6.12.2024