

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH SIÊU ÂM VÀ CẮT LỚP VI TÍNH KHÔNG TIÊM THUỐC Ở NGƯỜI BỆNH VIÊM TỤY CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA GIA LÂM GIAI ĐOẠN 2022-2023

Tăng Thị Kỳ Ninh¹, Vũ Quang Hiền²,
Nguyễn Thị Minh Thúy², Đỗ Thị Huệ³, Nguyễn Thị Hương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh siêu âm và cắt lớp vi tính không tiêm thuốc ở người bệnh viêm tụy cấp. **Đối tượng và phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả hồi cứu, chọn mẫu thuận tiện bao gồm toàn bộ người bệnh viêm tụy cấp điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Gia Lâm, Hà Nội từ 1/2022 đến 1/2023 đồng thời thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn mẫu. **Kết quả và kết luận:** 55 bệnh nhân, 15 nữ, 40 nam, tuổi gặp nhiều nhất từ 30-59 tuổi. Siêu âm: Kích thước tụy to chiếm 38% các trường hợp, 20% trường hợp có giãn ống tụy trên siêu âm. Cắt lớp vi tính: tụy to: 72%, giãn ống tụy 29%. Các dấu hiệu tụy dịch: dịch quanh tụy (50%), dịch khoang cạnh thận trước (18,2%), khoang lách thận 16,3%, khoang gan thận 20%, hậu cung mạc nối 16,3%, rãnh đại tràng 20%, túi cùng Douglas 32,7%. Phân loại theo Balthazar, nhóm C có tỷ lệ cao nhất (58,2%). Nhóm D có tỷ lệ 21,2%, nhóm E có tỷ lệ 13%, nhóm B chiếm tỷ lệ 3,6%. Nhóm A thấp nhất (3,3%). **Từ khóa:** Viêm tụy cấp, siêu âm tụy, dịch quanh tụy

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF ULTRASOUND AND NON-CONTRAST COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGES FROM ACUTE PANCREATITIS AT GIA LAM GENERAL HOSPITAL, 2022-2023

Objective: To describe the imaging characteristics of ultrasound and non-contrast computed tomography in patients with acute pancreatitis. **Subjects and Methods:** A retrospective study was designed with a convenience sampling method, including all patients who met the selection criteria at Gia Lam General Hospital, Hanoi from January 2022 to January 2023. **Results and Conclusion:** 55 patients, including both males and females, with most patients at ages ranging from 30 to 58. Ultrasound findings: pancreatic enlargement was observed in 38% of cases, and 20% had pancreatic duct dilation on ultrasound. Computed tomography results: pancreatic enlargement in 72%, and duct dilation in 29%. Additional findings included fluid collection in the abdominal cavity (hepatorenal recess 20%, splenorenal recess 16.3%, and pouch of

douglas 32.7%). Extrapaneatic fluid collections were found around the pancreas at 50%, perirenal space at 18.2%, colonic gutter at 20%, and omental bursa at 16.3%. According to the Balthazar classification, group C had the highest percentage (58.2%). Group D accounted for 21.2%, group E for 13%, and group B for 3.6%. Group A had the lowest percentage (3.3%).

Keywords: Acute pancreatitis; pancreatic ultrasound; fluid around the pancreas

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) là tình trạng viêm cấp tính nhu mô tụy với việc giải phóng ồ ạt các men tụy tự động phá hủy tuyến tụy. Viêm tụy thực chất không phải là tụy viêm tấy đỏ, mà là phù, hoại tử, chảy máu do nhiều nguyên nhân, còn viêm là hậu quả của các tình trạng trên. Mặc dù phần lớn viêm tụy cấp ở thể vừa và thể nhẹ, bệnh cũng có thể diễn biến phức tạp, đặc biệt viêm tụy cấp nặng chiếm khoảng 20% với tỷ lệ tử vong khoảng 30-40% [6].

Hội nghị Quốc tế ở Atlanta (9/2002) đã thống nhất phân loại VTC thành 2 thể gồm thể phù nề (nhẹ) và thể hoại tử chảy máu (nặng). Giữa hai thể trên có những thể trung gian, thường không có sự song hành giữa biểu hiện lâm sàng, biến đổi sinh hóa và các tổn thương quan trọng trên hình ảnh [4]. Tuy nhiên, diễn biến cấp tính của bệnh đòi hỏi việc chẩn đoán sớm là vô cùng cần thiết, đặc biệt là cần kết hợp chặt chẽ giữa lâm sàng và cận lâm sàng. Các phương pháp cận lâm sàng thường được sử dụng siêu âm tụy, chụp cắt lớp vi tính (CLVT), cộng hưởng từ (MRI), nội soi giúp đánh giá tốt hơn tình trạng bệnh. Mỗi phương pháp đều có giá trị và những ưu nhược điểm nhất định. Tuy nhiên, với điều kiện thực tế tại Bệnh viện tuyến huyện thì phương pháp đầu tay được sử dụng vẫn là siêu âm, nhanh chóng, chi phí thấp, loại trừ các nguyên nhân đau bụng cấp tính khác, nhưng còn nhiều hạn chế trong bối cảnh lâm sàng cấp tính. Cùng với đó, chụp cắt lớp vi tính không tiêm giúp khắc phục các hạn chế của siêu âm, bổ sung thêm các thông tin về mức độ, sự tiến triển của bệnh, thể bệnh và các biến chứng. Với thực tế nêu trên, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm hình ảnh siêu âm và cắt lớp vi tính không tiêm thuốc cận quang tại Bệnh viện Đa khoa Gia Lâm.*

¹Trường Đại học Phenikaa

²Bệnh viện Đa khoa Gia Lâm

³Trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tăng Thị Kỳ Ninh
Email: ninh.tangthiky@phenikaa-uni.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024

Ngày duyệt bài: 20.01.2025

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 55 bệnh nhân đã được chẩn đoán và điều trị viêm tụy cấp tại Bệnh viện đa khoa Gia Lâm từ 1/2022-1/2023, có đầy đủ hồ sơ bệnh án, các kết quả xét nghiệm amylase, lipase tăng gấp 3 lần bình thường, kết quả siêu âm ổ bụng, cắt lớp vi tính ổ bụng không tiêm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả hồi cứu dựa trên hồ sơ của các bệnh nhân thỏa mãn điều kiện tiêu chuẩn lựa chọn, từ tháng 1/2022 đến 5/2023 tại bệnh viện đa khoa Gia Lâm. Cỡ mẫu thuận tiện.

Phương tiện nghiên cứu gồm: máy siêu âm Phillip Anfiniti 30, máy chụp cắt lớp vi tính 16 dãy.

Biến số, chỉ số nghiên cứu:

+ Kích thước tụy: bình thường đầu tụy <30mm, thân và đuôi tụy <25mm. Tụy to khi một phần hoặc toàn bộ tăng kích thước trên giới hạn bình thường

+ Ống tụy giãn: kích thước ống tụy > 3mm

+ Thâm nhiễm mỡ quanh tụy: có hay không có

+ Dịch quanh tụy: có hay không, các vị trí có tụ dịch

+ Phân loại mức độ viêm tụy cấp theo Thang điểm Balthaza: gồm 5 độ: A, B, C, D, E

Số liệu được thu thập và xử lý: trên phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tổng số bệnh nhân là 55, 15 nữ, 40 nam, tỷ lệ nam/nữ ~ 2.7/1, tuổi gặp nhiều nhất từ 30 đến 59 tuổi (chiếm 77,6%).

3.2. Đặc điểm hình thái tụy trên siêu âm và CLVT bụng không tiêm

Bảng 3.1. Đặc điểm hình thái tụy trên siêu âm và CLVT bụng không tiêm

Đặc điểm hình thái tụy		Siêu âm		CLVT không tiêm	
		n	%	n	%
Kích thước tụy	To	21	38	40	72
	Không to	34	62	15	28
Ống tụy	Giãn	10	18	16	29
	Không giãn	45	82	39	71
Thâm nhiễm mỡ quanh tụy	Có thâm nhiễm	20	36	48	87
	Không thâm nhiễm	35	64	7	13

Bảng 3.2. Đặc điểm ổ tụ dịch ngoài tụy trên CLVT ổ bụng không tiêm

Vị trí tụ dịch	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Quanh tụy	28	50.0
Khoang cạnh trước thận	10	18.2
Khoang lách thận	09	16.3
Khoang gan thận	11	20.0

Hậu cung mạc nối	09	16.3
Rãnh thành đại tràng	11	20.0
Túi cùng Douglas	18	32.7

Bảng 3.3. Đặc điểm phân loại mức độ viêm tụy cấp theo Balthazar

Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ (%)
A	02	3.6
B	02	3.6
C	32	58.2
D	12	21.2
E	7	13
Tổng số	55	100

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên tổng số 55 bệnh nhân, trong đó có 40 nam (chiếm 73%) và 15 nữ (chiếm 27%). Tỷ lệ viêm tụy cấp ở nam cao hơn nữ giới tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn [1]. Tỷ lệ mắc bệnh của nam cao hơn nữ là do cơ chế bệnh sinh của viêm tụy cấp liên quan chặt chẽ đến chế độ ăn uống, sử dụng rượu bia, lối sống tĩnh tại, gây rối loạn lipid thường phổ biến hơn ở nam giới.

Nghiên cứu cũng cho thấy, nhóm tuổi có tỷ lệ bị bệnh cao nhất từ 30-59 tuổi (77,6%). Tương đương với các kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hồng Phúc [3]. Đây là nhóm tuổi có nhiều chuyển biến về sinh lý, miễn dịch, nội tiết khiến cơ thể bắt đầu suy yếu, biểu hiện các bệnh lý rối loạn chuyển hóa lipid. Yếu tố này càng thúc đẩy khởi phát viêm tụy cấp do đây là bệnh lý liên quan mật thiết đến các yếu tố nguy cơ như tăng triglyceride, lạm dụng rượu, sỏi, giun đường mật, sử dụng thuốc không kiểm soát.

Về đặc điểm kích thước tụy: Tỷ lệ tụy to trên siêu âm là 38% và trên CLVT là 72%. Tương tự trong nghiên cứu của Trần Công Hoan [2], tỷ lệ phát hiện tụy to trên CLVT lần lượt là 84% và 90%. Kích thước tụy có thể bình thường khi ở giai đoạn sớm hoặc thể nhẹ, một số trường hợp hạn chế khảo sát trên siêu âm do bụng chướng, vướng hơi hay thể trạng to béo.

Ngược lại, CLVT cho các thông tin về kích thước từng phần của tụy theo nhiều chiều, không bị ảnh hưởng bởi đánh giá chủ quan của người thực hiện. Do vậy, CLVT bộc lộ nhiều ưu thế hơn siêu âm về phát hiện tụy to trong viêm tụy cấp.

Về hình thái ống tụy: Trên siêu âm phát hiện 10 ca giãn ống tụy (chiếm 18%), trong khi trên CLVT tình trạng này thấy ở 16 ca (chiếm 29%). Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Trần Công Hoan (7.9% trên siêu âm và 10.7% trên CLVT) [2]. Giãn ống tụy xảy ra do nhu mô tụy bị phù nề, hoặc do những nguyên nhân cơ học gây

tắc ống tụy. Ngày nay, hệ thống máy siêu âm với độ phân giải sắc nét giúp việc phát hiện giãn ống tụy dễ dàng hơn trước. Neoptolemos và cộng sự đã báo cáo độ nhạy là 67% và độ đặc hiệu là 100% trong chẩn đoán viêm tụy cấp bằng siêu âm [7]. Chụp CLVT có thể phát hiện được giãn ống tụy cao hơn so với siêu âm là do kỹ thuật chụp CLVT có thể thực hiện với lát cắt mỏng tới 1mm.

Thâm nhiễm mỡ quanh tụy: Tỷ lệ xuất hiện dấu hiệu này trên siêu âm và CLVT lần lượt là 36% và 87%. Phù hợp với kết quả của tác giả Trần Công Hoan (86%) [2]. Đây là dấu hiệu sớm của VTC, khi nhu mô chưa có tổn thương rõ ràng thì đã xảy ra phản ứng thâm nhiễm mỡ xung quanh. Trường quan sát rộng rãi hơn và chất lượng hình ảnh tốt khiến CT trở thành kỹ thuật hình ảnh được sử dụng nhiều nhất [5]. Việc kết hợp giữa siêu âm và CLVT là cần thiết trong những trường hợp bệnh nhân đến sớm, thành bụng dày, bụng vướng hơi nhằm phát hiện ra các tổn thương sớm nhất để có xử trí phù hợp.

Ổ dịch ngoài tụy: Dịch quanh tụy chiếm tỷ lệ lớn nhất, tỉ lệ này đạt 50%. Dịch ở khoang gan thận xuất hiện trong 20% tổng số trường hợp, cùng tỷ lệ xuất hiện dịch ở rãnh đại tràng. Dịch xuất hiện trong khoang lách thận chiếm tỷ lệ 16.3% bằng với tỷ lệ dịch xuất hiện ở hậu cung mạc nối. 10% dịch xuất hiện ở khoang cạnh thận trước. 32.7% dịch xuất hiện ở túi cùng Douglas. Bệnh nhân viêm tụy cấp thường vào viện trong tình trạng đau bụng, bụng co cứng hoặc chướng hơi. Đây không phải là lợi thế của siêu âm, mặc dù dịch ổ bụng cũng dễ dàng được phát hiện trên siêu âm, đặc biệt nếu lượng dịch lớn. Ngược lại, CLVT ổ bụng dễ dàng cung cấp các thông tin về sự có mặt của dịch ở các vị trí trong ổ bụng dù số lượng ít do lớp cắt mỏng từ 1-3mm. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trần Công Hoan trên 178 bệnh nhân viêm tụy cấp. Dịch ổ bụng là một dấu hiệu tiên lượng nặng trong viêm tụy cấp, báo hiệu sớm biến chứng suy đa tạng, là nguyên nhân gây tử vong cao nhất ở bệnh nhân viêm tụy cấp [3]. Do vậy việc phát hiện các ổ dịch sớm giúp chẩn đoán chính xác tình trạng bệnh, mức độ, tiên lượng bệnh để có các biện pháp điều trị thích hợp.

Phân loại mức độ viêm tụy theo Balthazar: Áp dụng phân độ Balthazar trên nhóm BN nghiên cứu, chúng tôi thấy có 28 BN loại C chiếm 58,5%, loại D chiếm 21.2%, loại E có 7 BN chiếm tới 139%, loại B có 4 bệnh nhân, loại A có 2 bệnh nhân, theo phân loại này phần lớn bệnh nhân nghiên cứu thuộc nhóm trung bình và nặng.

Bảng 4.1. So sánh mức độ viêm tụy

theo phân độ Balthazar

Tác giả \ Độ viêm	A (%)	B (%)	C (%)	D (%)	E (%)
Balthazar (n=88)	10,22	17,04	30,68	13,64	28,21
Sameer (n=52)	0	20	44	21	15
Tác giả (n=5)	02	7.2	58.8	21.2	13

Từ bảng 4.1, so sánh với nghiên cứu của Balthazar tỷ lệ độ viêm độ C, D trong nghiên cứu của chúng tôi đều cao hơn, nhưng các độ A, B, E tỷ lệ đều thấp hơn rõ rệt, nhìn chung nếu không tính đến cỡ mẫu nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân nặng trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của Balthazar.

Bảng phân loại Balthazar góp phần đưa ra những phương pháp điều trị phù hợp: cho biết các mức độ A, B, C thường có chỉ định điều trị nội khoa trừ trường hợp VTC do các nguyên nhân cơ học. Đối với VTC Balthazar D, E có những ổ tụ dịch ngoài tụy hoặc ổ hoại tử, nếu kích thước các ổ đó nhỏ, không kèm theo nhiễm trùng thì không có chỉ định can thiệp. Trong trường hợp các ổ kích thước lớn hoặc có biểu hiện nhiễm trùng thì cần chọc hút, dẫn lưu dịch dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc CLVT để xét nghiệm và điều trị.

Từ các kết quả đã phân tích trên cho thấy, siêu âm là phương pháp thăm dò đầu tay đối với các trường hợp viêm tụy cấp, nhằm phát hiện sơ bộ tình trạng như tụy to, giãn ống tụy, thâm nhiễm mỡ, ổ tụ dịch ngoài tụy. Trong khi đó, CLVT giúp làm rõ và mở rộng phạm vi đánh giá các tổn thương, đặc biệt là trong các trường hợp khó khăn trên siêu âm, giúp chẩn đoán đầy đủ các dấu hiệu cũng như biến chứng của bệnh. CLVT có tiêm thuốc cản quang ổ bụng là phương pháp chẩn đoán hình ảnh được lựa chọn để xác định chẩn đoán viêm tụy cấp và đánh giá các biến chứng tại chỗ. Tuy nhiên, với điều kiện hiện có tại bệnh viện chúng tôi nghiên cứu, CLVT ổ bụng không tiêm tỏ ra rất hiệu quả không chỉ trong việc loại trừ các nguyên nhân khác đối với các triệu chứng của bệnh nhân mà còn giúp cung cấp các thông tin đầy đủ về các ổ tụ dịch hay phân loại mức độ bệnh, đánh giá sớm các biến chứng phục vụ cho quá trình theo dõi và điều trị bệnh nhân hiệu quả. Hạn chế của nghiên cứu này là chưa đánh giá được mối liên quan giữa hai phương pháp chẩn đoán hình ảnh siêu âm và CLVT trong viêm tụy cấp, đặc biệt do thời gian thực hiện kỹ thuật khác nhau về thời điểm nên đã có sự biến đổi nhất định về tiến triển bệnh.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ bệnh ở nam 73%, nữ 27%, độ tuổi thường gặp nhất là

từ 30-59 tuổi. Việc phối hợp các phương pháp chẩn đoán hình ảnh siêu âm và cắt lớp vi tính giúp xác định chẩn đoán và tiên lượng mức độ bệnh của viêm tụy cấp dựa vào đánh giá hình thái tụy, ống tụy, thâm nhiễm mỡ quanh tụy và các ổ dịch quanh tụy, đồng thời phân loại nhóm bệnh nhân theo Balthazar hiệu quả.

Siêu âm: Kích thước tụy to chiếm 38% các trường hợp, 20% trường hợp có giãn ống tụy trên siêu âm. Cắt lớp vi tính: tụy to: 72 %, giãn ống tụy 29%. Các dấu hiệu tụy dịch: dịch quanh tụy (50%), dịch khoang cạnh trước thận (18.2%), khoang lách thận 16,3%, khoang gan thận 20%, hậu cung mạc nối 16,3%, rãnh đại tràng 20%, túi cùng Douglas 32,7%. Phân loại theo Balthazar, nhóm C có tỷ lệ cao nhất (58,2%). Nhóm D có tỷ lệ 21,2%, nhóm E có tỷ lệ 13%, nhóm B chiếm tỷ lệ 3,6%. Nhóm A thấp nhất (3,3%).

VI. KHUYẾN NGHỊ

Khi lâm sàng nghi ngờ có tổn thương tại tụy, đặc biệt các trường hợp người bệnh có béo phì, bụng chướng hơi nhiều, nên chỉ định phối hợp chỉ định siêu âm và cắt lớp vi tính ổ bụng.

Tăng cường đào tạo tại chỗ và đào tạo chuyên sâu cho các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh.

Triển khai cắt lớp vi tính có tiêm thuốc để phục vụ chuyên môn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Anh Tuấn** (2022), Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm tụy cấp mức độ nặng theo phân độ CTSI tại Bệnh viện Bạch Mai, Y học Việt Nam, 521 (2): 1-4.
2. **Trần Công Hoan** (2008), Nghiên cứu giá trị của siêu âm, chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán và tiên lượng viêm tụy cấp, Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại Học Y Hà Nội, Thư viện quốc gia Việt Nam, mã kho: LA08.0084.3, phụ đề LATS Y học: 3.01.21.
3. **Nguyễn, Hồng Phúc, Lê, Thị Yến, Hoàng, Đức Hạ** (2023), Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh siêu âm và chụp cắt lớp vi tính trên bệnh nhân viêm tụy cấp tại bệnh viện hữu nghị việt tiếp, Tạp Chí Y học Việt Nam, 527(1B). <https://doi.org/10.51298/vmj.v527i1B.5796>
4. **Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, et al.** Classification of acute pancreatitis 2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut. 2013;62:102-11.
5. **Brizi MG, Perillo F, Cannone F, Tuzza L, Manfredi R.** The role of imaging in acute pancreatitis. Radiol Med. 2021 Aug;126(8):1017-1029. doi: 10.1007/s11547-021-01359-3. Epub 2021 May 12. PMID: 33982269; PMCID: PMC8292294.
6. **Leppaniemi, A, Tolonen, M, Tarasconi, A. et al.** 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. World J Emerg Surg 14, 27 (2019). <https://doi.org/10.1186/s13017-019-0247-03>.
7. **Neoptolemos JP, Hall AW, Finlay DF, et al.** The urgent diagnosis of gallstones in acute pancreatitis: a prospective study of three methods. Br J Surg. 1984 Mar. 71(3):230-3.

KHẢO SÁT ĐỘ LỌC CẦU THẬN ƯỚC TÍNH, TỶ SỐ ALBUMIN/CREATININE NIỆU TRÊN BỆNH NHÂN VẢY NẾN

Nguyễn Nhật Trường¹, Nguyễn Thị Hồng Chuyên¹, Văn Thế Trung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định độ lọc cầu thận ước tính (eGFR), tỷ số albumin/creatinine niệu (ACR) và đánh giá mối liên quan giữa eGFR và ACR với các đặc điểm lâm sàng và ure huyết thanh ở bệnh nhân vảy nến. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang với 54 bệnh nhân vảy nến. **Kết quả:** eGFR trung bình theo công thức CKD-EPI là 85,02 ± 14,77 mL/phút/1,73m². ACR trung vị là 4,76 (2,91-14,18) mg/g. Có mối liên quan giữa eGFR với tuổi, tình trạng hút thuốc lá, độ nặng của vảy nến theo PASI (Psoriasis Area And Severity Index), ure huyết thanh.

Có mối liên quan giữa ACR với tuổi, độ nặng của vảy nến theo PASI. **Kết luận:** Tình trạng suy giảm chức năng thận xảy ra ở bệnh nhân vảy nến cao tuổi, có hút thuốc lá, vảy nến mức độ nặng. Ure huyết thanh tăng khi độ lọc cầu thận giảm.

Từ khóa: eGFR, ACR, vảy nến.

SUMMARY

ESTIMATED GLOMERULAR FILTRATION RATE, URINE ALBUMIN TO CREATININE RATIO IN PATIENTS WITH PSORIASIS

Objective: To evaluate the estimated glomerular filtration rate (eGFR), urine albumin to creatinine ratio (ACR), and assess their association with clinical characteristics and serum urea levels in patients with psoriasis. **Subjects and methods:** A cross-sectional study was conducted on 54 patients with psoriasis. **Results:** The mean eGFR (mL/min/1.73 m²), calculated using the CKD-EPI formula, was 85.02 ± 14.77. The median ACR (mg/g) was 4.76 (2.91-14.18). A significant association was found between

¹Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Chuyên

Email: chuyennghuyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024

Ngày duyệt bài: 21.01.2025