

lượng virus có thể ảnh hưởng đến cả con đường đáp ứng miễn dịch bẩm sinh và thích nghi, làm suy yếu đáp ứng với IFN.

Trong tất cả các tế bào T hoạt hóa là được tìm thấy ở gan, các tế bào TCD4 đặc hiệu cho lõi HBV và tế bào TCD4 đặc hiệu cho HBV vỏ là chủ yếu trong trường hợp nhiễm HBV kéo dài kéo dài trong khi đó chức năng của chúng chưa rõ ràng. Khi tiêm phòng bằng vắc-xin dựa trên HBsAg tái tổ hợp, không chỉ có nồng độ kháng thể kháng HBs cao, mà cả các tế bào T đa hoạt hóa và đa chức năng cũng được coi là tương quan với khả năng bảo vệ [5].

Tế bào T đa chức năng, tiết đồng thời nhiều cytokin, tăng trong nhiễm HBV cấp, nhưng giảm mạnh trong viêm gan B mạn [8]. Điều này chứng tỏ, protein lõi có thể kích thích mạnh mẽ phản ứng tiền viêm ở tế bào TCD8 bất kể tải lượng HBV DNA của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình là $27,6 \pm 4,7$ tuổi. HBV DNA $\geq 5 \times 10^7$ (bản sao/mL) chiếm 40%.

Giá trị trung bình số lượng điểm huỳnh quang IL-2 trong tế bào đơn nhân máu ngoại vi tương đương khi sử dụng 2 loại kháng nguyên LEP và CP.

Trong đáp ứng miễn dịch trung gian giữa tế bào T với phản ứng kháng nguyên (LEP, CP) của HBV, điểm huỳnh quang IL-2 có tương quan

thuận với tải lượng HBV DNA ($r=0,495$, $r=0,255$, $p<0,01$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Hữu Chí** (2014), "Bệnh gan ở thai phụ (kỳ 2)", Thời sự Y học, chuyên đề sức khỏe sinh sản, Tập 14, Số 2, Tháng 9 – 2014, pp. 1-7.
2. **Vũ Thị Nhung** (2014), "Cập nhật về xử trí viêm gan siêu vi B và thai kỳ", Tạp chí phụ sản - 12(3), 20-23, 2014, pp. 20-3.
3. **Bertoletti A., Ferrari C.** (2016), "Adaptive immunity in HBV infection", J Hepatol, 64 (1 Suppl), pp. S71-s83.
4. **Cordeiro P. A. S., Assone T., et al.** (2022), "The role of IFN- γ production during retroviral infections: an important cytokine involved in chronic inflammation and pathogenesis", Rev Inst Med Trop Sao Paulo, 64 pp. e64.
5. **Feuerherd Martin Karl Friedrich** (2021), Altered HBV-specific T-cell immunity in HBV/HIV co-infection and chronic hepatitis B, ,
6. **Fu Y. L., Zhou S. N., et al.** (2023), "Metabolic interventions improve HBV envelope-specific T-cell responses in patients with chronic hepatitis B", Hepatol Int, pp.
7. **Gehring A. J., Protzer U.** (2019), "Targeting Innate and Adaptive Immune Responses to Cure Chronic HBV Infection", Gastroenterology, 156 (2), pp. 325-37.
8. **Kim J. H., Ghosh A., et al.** (2020), "Circulating serum HBsAg level is a biomarker for HBV-specific T and B cell responses in chronic hepatitis B patients", Sci Rep, 10 (1), pp. 1835.
9. **Ye J., Chen J.** (2021), "Interferon and Hepatitis B: Current and Future Perspectives", Front Immunol, 12 pp. 733364.

NỒNG ĐỘ KHÁNG THỂ KHÁNG THYROID PEROXIDASE, KHÁNG THỂ KHÁNG THỤ THỂ THYROID-STIMULATING HORMONE TRONG HUYẾT THANH Ở BỆNH NHÂN RỤNG TÓC TỪNG VÙNG

Nguyễn Thị Hồng Chuyên¹, Trần Thị Minh Nguyệt¹, Văn Thế Trung¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Rụng tóc từng vùng là bệnh lý tự miễn, ảnh hưởng đến nang lông và gây tình trạng rụng lông tóc. Đã có nhiều nghiên cứu cho thấy mối liên hệ giữa rụng tóc từng vùng và bệnh tự miễn, đặc biệt là các bệnh lý tuyến giáp tự miễn. **Mục tiêu và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu nhằm xác định nồng độ TPO-Ab và TRAb trong huyết thanh và mối liên quan tới các đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân rụng tóc từng vùng tới khám tại Bệnh Viện Da Liễu TP.HCM. Thiết kế mô tả hàng loạt ca có nhóm chứng, gồm 33

bệnh nhân rụng tóc từng vùng và 25 người khỏe mạnh tương đồng về tuổi và giới. **Kết quả:** Nồng độ TPO-Ab và TRAb của nhóm bệnh nhân RTTV cao hơn nhóm người khỏe mạnh có ý nghĩa thống kê (p lần lượt là 0,008 và 0,0003). Nồng độ TPO-Ab và TRAb huyết thanh nhóm RTTV giới hạn (S1, S2 theo SALT) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm RTTV lan toả (S3, S4 theo SALT) (p lần lượt là 0,045 và 0,036). Nồng độ TRAb huyết thanh trong nhóm bệnh nhân có đồng mắc bệnh cơ địa dị ứng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân không đồng mắc bệnh cơ địa dị ứng ($p=0,005$), và nồng độ TPO-Ab huyết thanh trong nhóm bệnh nhân có đồng mắc bệnh cơ địa dị ứng và/hoặc tự miễn đều khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân không đồng mắc bệnh cơ địa dị ứng và/hoặc bệnh tự miễn (p lần lượt là 0,017 và 0,019). **Kết luận:** Nồng độ TPO-Ab và TRAb huyết thanh ở nhóm bệnh RTTV cao hơn so với người khỏe mạnh và mức độ tăng có liên quan đến độ

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Chuyên
Email: chuyennghuyen@ump.edu.vn
Ngày nhận bài: 20.12.2024
Ngày phản biện khoa học: 23.01.2025
Ngày duyệt bài: 27.2.2025

nặng của bệnh và một số đặc điểm như bệnh đồng mắc viêm da cơ địa và/hoặc bệnh tự miễn. Định lượng nồng độ TPO-Ab và TRAb huyết thanh ở những bệnh nhân RTTV, đặc biệt là bệnh nhân có mức độ bệnh nặng và có bệnh đồng mắc cơ địa dị ứng và/hoặc bệnh tự miễn là cần thiết. **Từ khóa:** rụng tóc từng vùng, bệnh tuyến giáp tự miễn, TPO-Ab, TRAb, SALT

SUMMARY

SERUM CONCENTRATIONS OF THYROID PEROXIDASE ANTIBODY, THYROID-STIMULATING HORMONE ANTIBODY IN PATIENTS WITH ALOPECIA AREATA

Introduction: Alopecia areata is an autoimmune disease affecting hair follicles, leading to hair loss. Several studies have shown a link between alopecia areata and autoimmune diseases, particularly autoimmune thyroid disorders. **Objective and Research Methods:** This study aimed to determine the serum levels of TPO-Ab and TRAb and their relationship with clinical characteristics in patients with alopecia areata visiting the Ho Chi Minh City Dermatology Hospital. A case series descriptive study with a control group was designed, including 33 patients with alopecia areata and 25 healthy individuals matched for age and gender. **Results:** The levels of TPO-Ab and TRAb in the alopecia areata (AA) patient group were significantly higher than those in the healthy control group ($p = 0.008$ and 0.0003 , respectively). Serum TPO-Ab and TRAb levels in patients with limited AA (S1, S2 according to SALT) were significantly lower than those in patients with extensive AA (S3, S4 according to SALT) ($p = 0.045$ and 0.036 , respectively). Serum TRAb levels were significantly higher in patients with comorbid atopic conditions compared to those without comorbid atopic conditions ($p = 0.005$). Additionally, serum TPO-Ab levels in patients with comorbid atopic and/or autoimmune diseases were significantly different from those without comorbid atopic and/or autoimmune diseases ($p = 0.017$ and 0.019 , respectively). **Conclusion:** Serum TPO-Ab and TRAb levels in the alopecia areata (AA) group were higher than those in healthy individuals, and the elevation was associated with disease severity and certain characteristics, such as comorbid atopic dermatitis and/or autoimmune diseases. Measuring serum TPO-Ab and TRAb levels in AA patients, especially those with severe disease and comorbidities including atopic dermatitis and/or autoimmune disease, is crucial.

Keywords: alopecia areata, autoimmune thyroid disorder, TPO-Ab, TRAb, SALT

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rụng tóc từng vùng (RTTV) là một bệnh lý tự miễn, đặc trưng bởi tình trạng rụng tóc không sẹo theo mảng tròn hoặc bầu dục, có thể xảy ra ở bất kỳ vị trí mọc lông nào[4]. Có 1,7% dân số thế giới có thể mắc phải trong bất cứ giai đoạn nào của cuộc đời.

Bệnh tự miễn tuyến giáp (TGTM) là kết quả của tình trạng bất thường điều hoà hệ miễn dịch

và thành lập các tự kháng thể tấn công mô tuyến giáp. Bệnh bao gồm hai biểu hiện lâm sàng chính là Graves-Basedow và viêm giáp Hashimoto, với đặc trưng lâm sàng tương ứng là tình trạng nhiễm độc giáp và nhược giáp [1]. Kháng thể kháng Thyroid Peroxidase (TPO-Ab) được xem như dấu ấn chỉ điểm bệnh nhân có rối loạn chức năng tuyến giáp, hiện diện cả trước khi bệnh nhân có rối loạn cường giáp, nhược giáp trên lâm sàng [10], xuất hiện ở trên 90% bệnh nhân viêm giáp Hashimoto. Kháng thể kháng thụ thể Thyroid-stimulating hormone (TRAb) được xem là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán, hiện diện ở 90% bệnh nhân mắc bệnh Basedow [1]. Nhiều nghiên cứu ghi nhận mối liên quan giữa RTTV và bệnh TGTM [2], [6] cho thấy bệnh TGTM có tần suất cao nhất, cao hơn so với bạch biến, viêm khớp dạng thấp và đái tháo đường tuýp I. Mặt khác, có nghiên cứu lại cho thấy không có sự liên hệ mật thiết và không khuyến khích khảo sát bệnh TGTM trên bệnh nhân RTTV[5]. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu xác định nồng độ của TPO-Ab, TRAb và mối liên quan với các đặc điểm lâm sàng trên bệnh nhân RTTV đến khám tại Bệnh viện Da liễu TP.HCM.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân được chẩn đoán RTTV khi tới khám tại khoa khám bệnh bệnh viện Da Liễu TP.HCM từ 11/2020 đến 11/2021.

- **Tiêu chuẩn chọn vào:** Nhóm bệnh: Bệnh nhân được chẩn đoán RTTV dựa vào khai thác bệnh sử và thăm khám lâm sàng: đánh giá mức độ nặng của bệnh nhờ vào thang điểm SALT [15]. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, trường hợp dưới 16 tuổi cần sự đồng ý của người giám hộ. Nhóm người bình thường: Những người khoẻ mạnh hiện không đang mang thai hay cho con bú, không mắc các bệnh lý về da, tự miễn, tiền căn gia đình không ai mắc RTTV, tương đồng về tuổi và giới với nhóm bệnh và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân thuộc thể rụng tóc khác: rụng tóc androgen, rụng tóc giai đoạn nghỉ, rụng tóc do bệnh toàn thân hay hệ thống, rụng tóc có tác động của nguyên nhân nội/ngoại sinh (loại trừ ưu tiên bằng cách hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng, xét nghiệm trong trường hợp cần thiết). Phụ nữ mang thai và cho con bú.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hàng loạt ca có nhóm chứng.

Phương pháp chọn mẫu: Thuận tiện

2.3. Phương pháp tiến hành

Bệnh nhân đến khám tại khoa khám bệnh bệnh viện Da Liễu TPHCM từ 11/2020 đến 11/2021 đủ tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ được giải thích căn cứ về nghiên cứu, nếu đồng ý sẽ ký tên vào phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân được hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng, đánh giá độ nặng của bệnh và được chụp hình để ghi nhận đặc điểm sang thương điển hình.

Bệnh nhân và người khỏe mạnh đủ tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ được lấy 2ml máu làm xét nghiệm định lượng TPO-Ab và TRAb huyết thanh. TPO-Ab được xem là dương tính khi nồng độ >34UI/ml (khoảng đo từ 0.3–40UI/ml). TRAb được xem là dương tính khi nồng độ >1.22UI/L (khoảng đo từ 5.00–600UI/L).

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã

được thông qua bởi hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TPHCM, số 726/HĐĐĐ-ĐHYD, ngày 20/10/2020.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ tháng 11/2020 đến tháng 11/2021, chúng tôi đã tiến hành thu nhận vào nghiên cứu gồm 33 bệnh nhân rụng tóc từng vùng và 25 người khỏe mạnh tương đồng về tuổi và giới thỏa mãn tiêu chí chọn mẫu.

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ của nhóm bệnh nhân rụng tóc từng vùng

Đặc điểm	Nhóm bệnh (n=33)
Nhóm tuổi	>30
	17 (51,5%)
Tuổi	<30
	16 (48,5%)
33,3 ± 13,7	
Giới tính	Nam
	18 (54,5%)
	Nữ
	15 (45,5%)

Bảng 2. Một số đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân RTTV

Đặc điểm	Tần số, n(%)
Thời gian mắc bệnh	< 6 tháng
	31 (94%)
	> 6 tháng
	2 (6%)
Tiền căn gia đình	Có
	1 (13%)
	Không
	32 (97%)
Tiền căn bản thân	Có
	6 (18,2%)
	Không
	27 (81,8%)
Bệnh lý đi kèm	Viêm da cơ địa
	Có
	4 (12,1%)
	Không
	Bệnh bạch biến
	Có
	2 (6,1%)
	Không
	31 (93,9%)
Thể lâm sàng	RTTV giới hạn (<50%)
	30 (90,9%)
	RTTV lan rộng (>50%)
	3 (9,1%)
	RT toàn thể/RT toàn bộ/Ophiasis/sisaipho
	0 (0%)
Độ nặng (SALT)	S1 (<25%)
	29 (87,9%)
	S2 (25 – 49%)
	1 (3%)
	S3 (50 – 74%)
	2 (6,1%)
	S4 (75 – 99%)
	1 (3%)
	S5 (100%)
	0 (0%)

Bảng 3. Kháng thể TPO-Ab và TRAb trên đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ bệnh nhân có kháng thể dương tính	Nhóm bệnh (N=33)		Nhóm chứng (N=25)		X ²	P ^a
	Tần số	Tỉ lệ (%)	Tần số	Tỉ lệ (%)		
TRAb (>1.22UI/L)	4	12,1	0	0	3,25	0,1
TPO-Ab (> 34UI/ml)	4	12,1	0	0	3,25	0,1
Giá trị nồng độ	Trung vị (KTPV)		Trung vị (KTPV)		P ^b	
TRAb (UI/L)	0,5 (0,3 – 0,9)		0,3 (0,3 – 0,3)		0,0003	
TPO-Ab (UI/ml)	12,3 (10,1 – 19,6)		9,8 (8,8 – 11,8)		0,008	

(^a) Phép kiểm Fisher's exact; (^b) Phép kiểm Mann-Whitney

Bảng 4. Nồng độ TPO-Ab và TRAb huyết thanh và một số đặc điểm lâm sàng nhóm bệnh

Đặc điểm lâm sàng (N)	Nồng độ TRAb (UI/L)	Nồng độ TPO-Ab (UI/ml)	P _{TRAb}	P _{TPO-Ab}
	Trung vị (KTPV)	Trung vị (KTPV)		
Thời gian mắc bệnh				
< 6 tháng (2)	0,5 (0,3 – 0,9)	12,3 (10,1 – 19,6)	0,7 ^a	0,8 ^a
> 6 tháng (31)	0,6 (0,3 – 0,9)	133,8 (7,0 – 260,6)		
Bệnh cơ địa dị ứng			0,005 ^a	0,017 ^a

Có (4)	1,2 (0,9 – 1,4)	6,7 (5,8 – 9,2)		
Không (29)	0,5 (0,3 – 0,7)	12,5 (10,7 – 17,7)		
Bệnh tự miễn				
Có (2)	0,4 (0,3 – 0,4)	226,6 (192,5 – 260,6)	0,2 ^a	0,019 ^a
Không (31)	0,5 (0,3 – 0,9)	11,9 (9,1 – 15,0)		
Thang điểm SALT				
S1 (29)	0,5 (0,3 – 0,8)	11,9 (10,1 – 17,7)	0,1 ^b	0,2 ^b
S2 (1)	0,3 (0,3 – 0,3)	13,4 (13,4 – 13,4)		
S3 (2)	1,1 (0,9 – 1,3)	22,7 (20,1 – 25,2)		
S4 (1)	1,2 (1,2 – 1,2)	29,0 (29,0 – 29,0)		
S5 (0)	-	-		
Thể lâm sàng				
RTTV giới hạn (30)	0,5 (0,3 – 0,8)	12,0 (10,1 – 17,7)	0,036 ^b	0,045 ^b
RTTV lan toả (3)	1,2 (0,9 – 1,3)	25,2 (20,1 – 29,0)		
Toàn thể (0)	-	-		
Toàn bộ (0)	-	-		
Ophiasis (0)	-	-		
Sisaipho (0)	-	-		

(^a) *Phép kiểm Fisher's exact*; (^b) *Phép kiểm ANOVA*

IV. BÀN LUẬN

Sự hiện diện của thụ thể TSH trong nang lông đã từng được báo cáo trong nghiên cứu của Bodo và cộng sự [3], cho thấy khả năng từ sự phá huỷ nang lông do cơ chế tự miễn của bệnh có thể dẫn tới bộc lộ và lan rộng kháng nguyên bao gồm thụ thể của TSH, hình thành kháng thể kháng thụ thể TSH. Nhiều nghiên cứu [2], [6] cũng cho thấy có sự gia tăng nồng độ TPO-Ab trên bệnh nhân RTTV, có hoặc không liên quan độ nặng của bệnh, tuy nhiên cơ chế vẫn còn chưa được hiểu rõ. Nghiên cứu này không cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ dương tính của hai loại tự kháng thể TRAb và TPO-Ab trong huyết thanh nhóm bệnh so với nhóm chứng (p lần lượt là 0,5 và 0,1). Mặc dù có sự khác biệt khá rõ về tỉ lệ này giữa 2 nhóm bệnh và chứng, với tỉ lệ tự kháng thể huyết thanh dương tính là 24,2% cho cả TPO-Ab và TRAb (12,1% cho TPO-Ab và 12,1% cho TRAb) trong nhóm bệnh, trong khi tỉ lệ này ở nhóm chứng là 0%, kết quả nghiên cứu chưa đạt được kì vọng do cỡ mẫu khá nhỏ. Tuy nhiên kết quả cho thấy nồng độ TRAb và TPO-Ab trong huyết thanh nhóm bệnh cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng.

Nồng độ TRAb trong huyết thanh nhóm bệnh cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng với $p = 0,0003$. Tương tự, nghiên cứu của Noso và cộng sự [6] ghi nhận tỉ lệ TRAb dương tính ở nhóm bệnh cũng cao hơn có ý nghĩa thống kê khi so với nhóm chứng ($OR = 60,9$; $p = 1,58 \times 10^{-46}$). Nồng độ TPO-Ab trong huyết thanh nhóm bệnh cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng với $p = 0,008$. Kết quả này trái ngược với nghiên cứu của Kaur và cộng sự [5] và nghiên

cứu của Saniee và cộng sự [9] khi ghi nhận không có khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ TPO-Ab trong huyết thanh nhóm bệnh và nhóm chứng.

Nồng độ TRAb huyết thanh trong nhóm bệnh nhân có đồng mắc bệnh cơ địa dị ứng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân không đồng mắc bệnh cơ địa dị ứng, với giá trị p là 0,005, nhưng không có khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ TRAb huyết thanh trong nhóm mắc và không mắc bệnh tự miễn ($p = 0,4$). Nồng độ TPO-Ab huyết thanh trong nhóm bệnh nhân có đồng mắc bệnh cơ địa dị ứng và/hoặc tự miễn đều khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân không đồng mắc bệnh cơ địa dị ứng và/hoặc bệnh tự miễn, với giá trị p lần lượt là 0,017 và 0,019. Tuy nhiên ở nhóm bệnh nhân không có cơ địa dị ứng lại cho thấy có nồng độ TPO-Ab huyết thanh cao hơn nhóm có cơ địa dị ứng. Điều này tương tự khi so sánh với nghiên cứu của Park và cộng sự [7], kết quả ghi nhận thấy tỉ lệ dương tính của kháng thể tự miễn kháng giáp trong huyết thanh nhóm bệnh nhân đồng mắc bệnh tự miễn cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không đồng mắc bệnh tự miễn ($p = 0,005$).

Nồng độ TRAb và TPO-Ab huyết thanh trên bệnh nhân thuộc nhóm RTTV thể giới hạn ($< 50\%$, tương đương nhóm S1, S2 theo thang điểm SALT) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm RTTV thể lan toả ($> 50\%$, tương đương nhóm S3, S4 theo thang điểm SALT) (Bảng 4) với p lần lượt là 0,036 và 0,045. Ngược lại, Wang và cộng sự cho thấy không có khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ TPO-Ab huyết thanh của bệnh nhân RTTV nhẹ (S0, S1, S2) so với bệnh nhân RTTV nặng (S3, S4, S5, toàn thể)

với $p = 0,8$. Bin Saif [8] ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ TPO-Ab huyết thanh của bệnh nhân RTTV mức độ nặng (toàn thể, toàn bộ) so với bệnh nhân RTTV mức độ nhẹ (khu trú) ($p < 0.001$).

V. KẾT LUẬN

Nồng độ TPO-Ab và TRAb huyết thanh nhóm bệnh nhân RTTV cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm người khỏe mạnh, đặc biệt cao hơn ở nhóm bệnh nhân RTTV lan toả so với nhóm RTTV giới hạn. Ngoài ra nghiên cứu cũng cho thấy nồng độ TRAb huyết thanh trong nhóm bệnh nhân có đồng mắc bệnh cơ địa dị ứng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân không đồng mắc bệnh cơ địa dị ứng, và nồng độ TPO-Ab huyết thanh trong nhóm bệnh nhân có đồng mắc bệnh cơ địa và/hoặc tự miễn đều khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân không đồng mắc bệnh cơ địa dị ứng và/hoặc bệnh tự miễn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Antonelli A, Serrari M F, Corrado A, (2015), "Autoimmune thyroid disorders", Autoimmunity Reviews, 14 (2), pp. 174-180.
2. Bakry O A, Basha M A, Shafiee M K E, (2014), "Thyroid Disorders Associated with Alopecia Areata in Egyptian Patients", Indian Journal of Dermatology, 59 (1), pp. 49-55.
3. Bodo E, Kromminga A, Biro T, (2009), "Human female hair follicles are a direct, nonclassical target for thyroid-stimulating hormone", J Invest Dermatol, 129 (5), pp. 1126-1139.
4. Kang S, Amagai M, Bruckner A L, (2019), Fitzpatrick's Dermatology, Mc Graw Hill, pp. 3493-3499.
5. Kaur G, Kuldeep C M, Bhargava P, (2017), "Insignificant Correlation Between Thyroid Hormone and Antithyroid Peroxidase Antibodies in Alopecia Areata in Northern Rajasthan", International Journal of Trichology, 9 (4), pp. 149-153.
6. Noso S, Park C, Babaya N, (2015), "Organ Specific in Autoimmune Diseases: Thyroid and Islet Autoimmunity in Alopecia Areata", The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 100 (5), pp. 1976-1983.
7. Park S M, Oh Y J, Lew B L, (2019), "The association among thyroid dysfunction, thyroid autoimmunity, and clinical features of alopecia areata: A retrospective study", Journal of the American Academy of Dermatology, 81 (2), pp. 602-605.
8. Saif G A B, (2016), "Severe Subtype of Alopecia Areata is highly associated with Thyroid Autoimmunity", Saudi Medical Journal, 37 (6), pp. 656-661.
9. Saniee S, Zare A G, Radmehr A, (2019), "Thyroid Dysfunction in Alopecia Areata", Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism, 23 (2), pp. 92-96.
10. Siriwardhane T, Krishna K, Ranganathan V, (2019), "Significance of Anti-TPO as an Early Predictive Marker in Thyroid Disease", Autoimmunity Diseases, 2019 pp. 6 pages.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA CHỈ SỐ ABI VÀ MỨC ĐỘ GIẢI PHẪU MẠCH VÀNH TRÊN BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG VÀNH CẤP

Trương Phi Hùng^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Chỉ số ABI (huyết áp cổ chân – cánh tay) là một công cụ đơn giản, không xâm lấn, dùng để đánh giá bệnh động mạch ngoại biên. Trong hội chứng mạch vành cấp, ABI có thể liên quan đến mức độ tổn thương mạch vành qua thang điểm SYNTAX. Việc nghiên cứu mối liên quan này có thể mang lại thông tin hữu ích về gánh nặng bệnh lý mạch máu và giúp khảo sát giá trị tiên lượng của ABI lên kết cục ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp. **Mục tiêu:** Nghiên cứu này được tiến hành để đánh giá mối liên quan giữa chỉ số ABI với mức độ giải phẫu mạch vành

theo thang điểm SYNTAX trên bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp. **Đối tượng:** Bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp lần đầu được điều trị tại khoa Nội Tim mạch và Tim mạch can thiệp Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2024 đến tháng 07/2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Có 78 đối tượng được nghiên cứu, trong đó có 43 bệnh nhân có hội chứng mạch vành cấp là nhóm bệnh và 35 người làm nhóm chứng. Nhóm bệnh lý có độ tuổi trung bình là $65 \pm 8,4$ tuổi, trong đó tỉ lệ nam giới là 65,1%. Về giải phẫu mạch vành, đa số nhóm bệnh lý có bệnh lý 3 nhánh mạch vành (44,2%) và điểm số SYNTAX trung bình là $21,1 \pm 10,7$. Nhóm bệnh nhân hội chứng vành cấp có chỉ số ABI $\leq 0,9$ là 32,6% và có tỉ lệ bệnh lý 1 nhánh, 2 nhánh, 3 nhánh không khác biệt với nhóm có ABI $> 0,9$. Tuy nhiên nhóm HCVC có ABI $\leq 0,9$ ghi nhận điểm SYNTAX, SYNTAX II PCI, SYNTAX II CABG lần lượt là $29,4 \pm 11,2$; $49,4 \pm 13,0$ và $40,0 \pm 8,0$ cao hơn so với nhóm ABI $> 0,9$: $17,2 \pm 7,9$; $36,2 \pm 11,4$ và $25,8 \pm 7,3$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ngoài ra chỉ số ABI cũng có mối tương quan nghịch, mức độ mạnh với điểm số SYNTAX,

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trương Phi Hùng

Email: truongphihung2007@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 20.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.01.2025

Ngày duyệt bài: 25.2.2025