

- through Calcineurin-Independent Signaling in T Cells. *Antimicrob Agents Chemother.* 1999; 43(11):2678-2684. doi:10.1128/AAC.43.11.2678
5. **Chuh A.** Diagnostic criteria for pityriasis rosea: a prospective case control study for assessment of validity. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2003; 17(1): 101-103. doi: 10.1046/j.1468-3083.2003. 00519_4.x
 6. **Leenutaphong V, Jiamton S.** UVB phototherapy for pityriasis rosea: a bilateral comparison study. *J Am Acad Dermatol.* 1995;33(6): 996-999. doi:10.1016/0190-9622(95) 90293-7
 7. **Ali S. Salloom, Mohammed J.E. Ahmed, Nameer K. Al-Sudany.** Treatment of pityriasis rosea with erythromycin and prednisolone: A comparative study. *Journal of Natural Science, Biology and Medicine.* 2022; 13(2):102-109.
 8. **Ehsani A, Esmaily N, Noormohammadpour P, et al.** The comparison between the efficacy of high dose acyclovir and erythromycin on the period and signs of pitiriasis rosea. *Indian J Dermatol.* 2010;55(3):246. doi:10.4103/0019-5154.70672

VAI TRÒ CỦA CHỈ SỐ ABI TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH TẮC ĐỘNG MẠCH MẠN TÍNH CHI DƯỚI

Lâm Văn Nút¹, Nguyễn Văn Trang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm tìm hiểu mối liên quan giữa ABI (Ankle Brachial Index) với triệu chứng lâm sàng và tổn thương trên hình ảnh học trong chẩn đoán bệnh tắc động mạch mạn tính chi dưới (TĐMMTCD) có chỉ định phẫu thuật, đồng thời đánh giá vai trò của chỉ số ABI trong theo dõi kết quả điều trị ngoại khoa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả hàng loạt ca trên 91 bệnh nhân được chẩn đoán TĐMMTCD tại Bệnh viện Chợ Rẫy và Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM từ tháng 07/2013 đến tháng 04/2014. Các bệnh nhân được đánh giá ABI trước và sau mổ, khảo sát tương quan giữa ABI với các triệu chứng lâm sàng và hình ảnh học. **Kết quả:** Tuổi trung bình $68 \pm 15,07$; nam chiếm 79,1%. ABI trung bình trước mổ $0,26 \pm 0,23$ và sau mổ $0,76 \pm 0,25$ ($p < 0,001$). Khi $ABI < 0,4$, đa số bệnh nhân ở giai đoạn Fontaine III và IV (92,3% và 92,5%); khi $0,4 \leq ABI < 0,75$, đa số ở giai đoạn Fontaine IIB (92%). Giá trị ABI giảm dần theo số lượng động mạch bị tổn thương và mức độ nặng theo phân loại TASC. Sau phẫu thuật, ABI tăng có ý nghĩa thống kê, trong đó kết quả tốt khi $ABI > 0,75$, khá khi $ABI > 0,4$ và thất bại khi $ABI < 0,4$. **Kết luận:** Chỉ số ABI có giá trị trong chẩn đoán, đánh giá mức độ tổn thương và theo dõi kết quả điều trị ngoại khoa bệnh TĐMMTCD. ABI trước mổ $\geq 0,4$ là yếu tố tiên lượng tốt cho kết quả phẫu thuật. **Từ khóa:** ABI, tắc động mạch mạn tính chi dưới, Fontaine, TASC II.

SUMMARY

THE ROLE OF ABI IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC LOWER EXTREMITY ARTERIAL OCCLUSION DISEASE

Objective: To evaluate the relationship between

ABI (Ankle Brachial Index) with clinical symptoms and imaging findings in diagnosing chronic lower extremity arterial occlusion disease (CLEAOD) requiring surgery, and to assess the role of ABI in evaluating surgical treatment outcomes. **Methods:** A prospective, descriptive case series study on 91 patients diagnosed with CLEAOD at Cho Ray Hospital and University Medical Center HCMC from July 2013 to April 2014. Patients were evaluated for ABI before and after surgery, and correlations between ABI and clinical symptoms and imaging findings were investigated. **Results:** Mean age was $68 \pm 15,07$; males accounted for 79.1%. Average ABI before surgery was 0.26 ± 0.23 and after surgery 0.76 ± 0.25 ($p < 0.001$). When $ABI < 0.4$, most patients were in Fontaine stages III and IV (92.3% and 92.5%); when $0.4 \leq ABI < 0.75$, most were in Fontaine stage IIB (92%). ABI values decreased with increasing number of arteries affected and severity according to TASC classification. After surgery, ABI increased significantly, with good results when $ABI > 0.75$, fair when $ABI > 0.4$, and failure when $ABI < 0.4$. **Conclusion:** ABI is valuable in diagnosing, assessing the severity, and monitoring surgical treatment outcomes of CLEAOD. Preoperative $ABI \geq 0.4$ is a good prognostic factor for surgical outcomes.

Keywords: ABI, chronic lower extremity arterial occlusion, Fontaine, TASC II.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc động mạch mạn tính chi dưới (TĐMMTCD) là bệnh lý thường gặp, bệnh thường diễn tiến âm thầm và khi chẩn đoán được thường là ở giai đoạn muộn. Theo thống kê có khoảng 27 triệu người ở Bắc Mỹ và Châu Âu bị mắc bệnh. Theo hiệp hội tim mạch Hoa Kỳ, tỉ lệ bệnh nhân mắc bệnh lý động mạch không có triệu chứng ngày càng tăng, chiếm khoảng 20-50% [1].

Phát hiện và chẩn đoán sớm bệnh TĐMMTCD giúp điều trị hiệu quả và ngăn ngừa những hậu quả nghiêm trọng như cắt cụt chi, thậm chí tử vong. Đo huyết áp tâm thu cổ chân, cánh tay và tính ABI (Ankle Brachial Index) là phương pháp hữu hiệu nhất giúp chẩn đoán sớm

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Bệnh viện ĐKTP Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: TS.BS. Lâm Văn Nút

Email: nutlamvan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 24.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.2.2025

Ngày duyệt bài: 31.3.2025

bệnh TĐMMTCD, đáp ứng các tiêu chí: đơn giản, dễ thực hiện, ít tổn kém, không xâm lấn, độ nhạy và độ đặc hiệu cao, phát hiện bệnh ngay khi chưa có biểu hiện lâm sàng [2, 3].

Ở Việt Nam, việc chẩn đoán sớm và theo dõi bệnh TĐMMTCD còn hạn chế, bệnh nhân nhập viện thường ở giai đoạn muộn, đã có nhiễm trùng hoặc hoại tử chi nên ít có khả năng bảo tồn. Hiện nay, trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu về ABI, nhưng ở nước ta chỉ số này chưa được áp dụng rộng rãi và còn ít nghiên cứu về vai trò của nó trong chẩn đoán và đánh giá mức độ tổn thương bệnh TĐMMTCD.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Vai trò của chỉ số ABI trong chẩn đoán và điều trị bệnh tắc động mạch mạn tính chi dưới" nhằm đánh giá vai trò của chỉ số ABI trong chẩn đoán và theo dõi kết quả điều trị bệnh TĐMMTCD tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Tiền cứu, mô tả hàng loạt ca.

Đối tượng nghiên cứu: 91 bệnh nhân được chẩn đoán TĐMMTCD tại Khoa Phẫu Thuật Mạch Máu bệnh viện Chợ Rẫy và khoa Ngoại Tổng Hợp bệnh viện Đại Học Y Dược TP.HCM từ tháng 07/2013 đến tháng 04/2014.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được phẫu thuật vì bệnh TĐMMTCD.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân bị dị tật chi hoặc mất chi
- Huyết áp tâm thu cổ chân >300mmHg
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu
- Bệnh nhân Takayasu

Phương pháp tiến hành: Bệnh nhân được khám lâm sàng, đánh giá các yếu tố nguy cơ, phân độ theo Leriche-Fontaine, đo chỉ số ABI trước và sau mổ, siêu âm Doppler đánh giá tổn thương mạch máu, MSCTA hoặc DSA đánh giá mức độ tổn thương theo TASC II.

Thủ thuật đo ABI: Bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa sau khi nghỉ ngơi 10-20 phút. Đo huyết áp cánh tay cả hai bên, lấy giá trị cao nhất. Đo huyết áp tâm thu tại động mạch chày sau và động mạch mu chân cả hai bên, lấy giá trị cao nhất. Tính chỉ số ABI theo công thức: $ABI = \frac{\text{Huyết áp cổ chân cao nhất}}{\text{Huyết áp cánh tay cao nhất}}$

Phân tích mối tương quan giữa ABI với triệu chứng lâm sàng, số lượng và vị trí động mạch bị tổn thương trên siêu âm Doppler, mức độ tổn thương theo TASC II, và kết quả điều trị phẫu thuật.

Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 16.0, áp dụng các phép kiểm định thống kê phù hợp với mức ý nghĩa $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Độ tuổi trung bình là $68 \pm 15,07$ tuổi (26-91 tuổi). Nam chiếm 79,1%, nữ 20,9%, tỷ lệ nam/nữ là 3,7/1. Các yếu tố nguy cơ thường gặp: hút thuốc lá (71,4%), rối loạn chuyển hóa lipid (58,2%), tăng huyết áp (54,9%), đái tháo đường (12,1%).

Triệu chứng lâm sàng. Tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng khi vào viện: đau cách hồi khi đi <200m (28,6%), đau khi nghỉ (23,1%), loét hoại tử chi (48,4%). Khám mạch thấy mất mạch khoeo chiếm nhiều nhất (60,4%), mất mạch đùi (33%), mất mạch chày (6,6%). Phân giai đoạn Fontaine: IIB (28,6%), III (23,1%), IV (48,4%).

Giá trị ABI trước mổ. Giá trị ABI trung bình $0,26 \pm 0,23$, cao nhất 0,71 và thấp nhất 0. Trong đó 65,9% bệnh nhân có $ABI < 0,4$ và 34,1% có $0,4 \leq ABI < 0,75$.

Mối liên quan giữa ABI và giai đoạn Fontaine. Giá trị ABI trung bình ở giai đoạn Fontaine IIB là $0,52 \pm 0,09$, giai đoạn III là $0,08 \pm 0,15$, giai đoạn IV là $0,00 \pm 0,17$. Khi giai đoạn Fontaine càng nặng, giá trị ABI càng giảm ($p < 0,001$).

Khi $ABI < 0,4$, đa số bệnh nhân ở giai đoạn Fontaine III và IV (38,1% và 58,7%); khi $0,4 \leq ABI < 0,75$, đa số ở giai đoạn Fontaine IIB (82,1%).

ABI và tổn thương trên siêu âm Doppler. Vị trí tổn thương: động mạch đùi (67,03%), động mạch khoeo (38,5%), động mạch chày ngoài (28,6%), động mạch chày sau (24,2%), động mạch chày trước (21,9%), động mạch chủ bụng (5,5%).

Giá trị ABI giảm dần theo số lượng động mạch bị tổn thương: tổn thương 1 động mạch ($ABI = 0,42 \pm 0,22$), 2 động mạch ($ABI = 0,28 \pm 0,20$), ≥ 3 động mạch ($ABI = 0,00 \pm 0,20$), tương quan nghịch có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

ABI và mức độ tổn thương theo TASC II. Phân độ tổn thương theo TASC II: TASC A (7,7%), TASC B (9,9%), TASC C (25,3%), TASC D (57,1%). Giá trị ABI trung bình giảm dần theo mức độ nặng của tổn thương: TASC A ($0,52 \pm 0,14$), TASC B ($0,52 \pm 0,18$), TASC C ($0,35 \pm 0,20$), TASC D ($0,00 \pm 0,19$).

Các phương pháp phẫu thuật. Can thiệp nội mạch (37,4%), cầu nối đùi-khoeo (20,9%), cầu nối đùi-chày (15,4%), cầu nối chủ-đùi (14,3%), cầu nối đùi-đùi (12,1%), phương pháp khác (5,5%).

Giá trị ABI sau mổ. Giá trị ABI trung bình

sau mổ $0,76 \pm 0,25$, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với trước mổ ($p < 0,001$). Phân bố ABI sau mổ: $0,9 \leq \text{ABI} < 1,3$ (18,7%), $0,75 \leq \text{ABI} < 0,9$ (32,9%), $0,4 \leq \text{ABI} < 0,75$ (27,5%), $\text{ABI} < 0,4$ (20,9%).

Mối liên quan giữa ABI và kết quả phẫu thuật. ABI trung bình sau mổ tăng dần tương ứng với kết quả phẫu thuật từ thất bại đến tốt: thất bại ($0,36 \pm 0,06$), khá ($0,49 \pm 0,19$), tốt ($0,86 \pm 0,10$), $p < 0,001$.

Khi ABI trước mổ $\geq 0,4$, không có trường hợp nào thất bại, 22 trường hợp kết quả tốt, 6 trường hợp khá. Khi ABI trước mổ $< 0,4$, có 5 trường hợp thất bại, 32 trường hợp khá, 26 trường hợp tốt ($p < 0,05$).

Biến chứng sau mổ 30 ngày. Tắc cầu nối/stent (6 trường hợp), đoạn chi (3 trường hợp), tháo khớp bàn chân (3 trường hợp), tử vong (3 trường hợp). Các trường hợp biến chứng đều có ABI trước và sau mổ $< 0,4$, ngoại trừ nhóm tử vong có ABI sau mổ trung bình $0,50 \pm 0,20$.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $68 \pm 15,07$ tuổi, tương đương với độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của Lê Đức Tín ($68,62 \pm 11,83$) [4] và Matsagkas ($69,4 \pm 8,6$) [5]. Tỷ lệ nam/nữ là 3,7/1, tương tự với các nghiên cứu khác như Lê Đức Tín (4/1) [4] và Matsagkas (4/1) [5]. Giới nam chiếm tỷ lệ cao hơn do nhiều yếu tố nguy cơ như hút thuốc, rối loạn lipid máu [6]. Nhóm tuổi thường gặp là ≥ 50 tuổi, phù hợp với nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc bệnh TĐMMTCĐ tăng theo tuổi [7, 8].

Các yếu tố nguy cơ thường gặp trong nghiên cứu là hút thuốc lá (71,4%), rối loạn chuyển hóa lipid (58,2%), tăng huyết áp (54,9%), và đái tháo đường (12,1%). Tỷ lệ hút thuốc lá trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả của các tác giả khác: Trần Bảo Nghi (38,6%), Matsagkas (59%) [5]. Hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ quan trọng của bệnh TĐMMTCĐ, có thể làm tăng nguy cơ đau cách hồi lên 3-10 lần. Smith và cs ghi nhận 16% bệnh nhân còn đau khi nghỉ ở nhóm hút thuốc lá so với 0% ở nhóm ngừng hút thuốc sau 7 năm.

Triệu chứng lâm sàng. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều có triệu chứng khi nhập viện, chủ yếu ở giai đoạn Fontaine III và IV (71,5%), điều này phù hợp với các nghiên cứu khác. Theo Miltiadis và cs, tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn III và IV lần lượt là 52,3% và 47,7% [5]. Theo Lê Đức Tín, tỷ lệ tương ứng là 11,5% và 69,2% [4]. Điều này cho thấy bệnh nhân thường

đến khám và điều trị ở giai đoạn muộn, khi đã có biểu hiện đau khi nghỉ hoặc hoại tử, loét chi.

Giá trị ABI trong chẩn đoán bệnh TĐMMTCĐ. Giá trị ABI trung bình trước mổ trong nghiên cứu là $0,26 \pm 0,23$, phản ánh tình trạng bệnh nhân vào viện ở giai đoạn nặng. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mối liên quan chặt chẽ giữa giá trị ABI và giai đoạn lâm sàng theo Fontaine: ABI càng thấp thì giai đoạn Fontaine càng nặng. Khi $\text{ABI} < 0,4$, phần lớn bệnh nhân ở giai đoạn Fontaine III và IV; khi $0,4 \leq \text{ABI} < 0,75$, đa số ở giai đoạn Fontaine IIB. Kết quả này tương tự với nhiều nghiên cứu khác.

ABI có mối tương quan nghịch chặt chẽ với số lượng động mạch bị tổn thương ($r = -0,101$, $p < 0,001$). Khi số động mạch bị tổn thương càng nhiều thì giá trị ABI càng giảm. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Jelines cho thấy khi $\text{ABI} < 0,4$, nguy cơ đau chi khi nghỉ, khó liền vết thương, loét hoặc hoại tử là rất cao.

Nghiên cứu cũng ghi nhận mối liên quan giữa ABI và mức độ tổn thương theo TASC II. Khi tổn thương càng nặng (TASC C và D) thì giá trị ABI càng thấp. Đặc biệt, khi tổn thương là TASC D, hầu hết bệnh nhân có $\text{ABI} < 0,4$ (88,5%). Điều này giúp bác sĩ lâm sàng có thể ước lượng mức độ tổn thương dựa vào giá trị ABI, từ đó có kế hoạch điều trị phù hợp.

Giá trị ABI trong đánh giá kết quả điều trị. Giá trị ABI sau mổ tăng đáng kể so với trước mổ ($0,76 \pm 0,25$ so với $0,26 \pm 0,23$, $p < 0,001$), cho thấy hiệu quả của các phương pháp phẫu thuật trong cải thiện tưới máu chi dưới. Có mối liên quan chặt chẽ giữa ABI sau mổ và kết quả lâm sàng: kết quả tốt khi $\text{ABI} > 0,75$, khá khi $\text{ABI} > 0,4$, và thất bại khi $\text{ABI} < 0,4$.

Đặc biệt, ABI trước mổ có giá trị tiên lượng kết quả phẫu thuật. Khi ABI trước mổ $\geq 0,4$, không có trường hợp nào thất bại; ngược lại, khi $\text{ABI} < 0,4$, tỷ lệ thất bại cao hơn ($p < 0,05$). Điều này có thể giải thích là khi $\text{ABI} < 0,4$, tổn thương mạch máu thường nặng nề, lan tỏa, khó khăn cho việc phục hồi tưới máu.

Nghiên cứu cũng ghi nhận mối liên quan giữa ABI và biến chứng sau mổ. Các trường hợp tắc cầu nối/stent, đoạn chi, và tháo khớp bàn chân đều có ABI trước và sau mổ $< 0,4$. Điều này phù hợp với nghiên cứu của McKenna cho thấy tỷ lệ tử vong sau 5 năm ở người có ABI 0,7 là 30% và tăng lên 50% ở người có ABI 0,4. Nghiên cứu của Sikkink cũng cho thấy mối liên quan giữa ABI thấp và tỷ lệ tử vong.

Ưu điểm và hạn chế của nghiên cứu. Nghiên cứu này có một số ưu điểm như thiết kế tiền cứu, đánh giá được mối liên quan giữa ABI

với triệu chứng lâm sàng và tổn thương trên hình ảnh học, cũng như vai trò của ABI trong đánh giá kết quả điều trị. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng có một số hạn chế như cỡ mẫu còn nhỏ, thời gian theo dõi ngắn (30 ngày), và chỉ nghiên cứu trên bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật nên không đánh giá được mối liên quan giữa ABI với giai đoạn Fontaine I và IIA.

V. KẾT LUẬN

Chỉ số ABI có giá trị quan trọng trong chẩn đoán và điều trị bệnh TĐMMTCĐ. ABI < 0,4 tương ứng với giai đoạn Fontaine III, IV, trong khi $0,4 \leq \text{ABI} < 0,75$ tương ứng với Fontaine II. ABI có tương quan nghịch với mức độ tổn thương động mạch và phân loại TASC. Sau điều trị, ABI tăng có ý nghĩa thống kê (từ $0,26 \pm 0,23$ lên $0,76 \pm 0,25$), phản ánh hiệu quả điều trị. ABI trước mổ $\geq 0,4$ là yếu tố tiên lượng tốt cho kết quả phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Criqui MH, Franek AB. The prevalence of peripheral arterial disease in a defined population. *Circulation* 1985; 71(3): 510-515.

2. Ko SH, Bandyk DF. Interpretation and significance of ankle-brachial systolic pressure index. *Semin Vasc Surg* 2013; 26(2-3): 86-94.
3. Makhdoomi K, Mohammadi A, Yekta Z, et al. Correlation between ankle-brachial index and microalbuminuria in type 2 diabetes mellitus. *Iran J Kidney Dis* 2013; 7(3): 204-209.
4. Lê Đức Tín. Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp can thiệp nội mạch trong điều trị tắc động mạch mạn tính chi dưới. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược TPHCM 2012: 64-82.
5. Matsagkas M, Kouvelos G, Arnaoutoglou E, et al. Hybrid Procedures for Patients With Critical Limb Ischemia and Severe Common Femoral Artery Atherosclerosis. *Annals of Vascular Surgery* 2011; 25(8): 1063-1069.
6. Dan L. Longo, Anthony S. Fauci, Dennis L. Kasper, et al. Harrison's principles of Internal Medicine, 18 ed, USA, The McGraw-Hill Companies, Inc. 2012.
7. Elizabeth Selvin. Prevalence of and Risk Factors for Peripheral Arterial Disease in the United States: Results From the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999–2000. *Circulation* 2004; 110: 738-743.
8. Meijer WT. Peripheral arterial disease in the elderly: The Rotterdam Study. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 1998; 18(2): 185-192.

ĐẶC ĐIỂM DẤU ẤN CỦA TẾ BÀO LANGERHANS TẠI TỔN THƯƠNG DA CỦA BỆNH NHÂN VẢY NẾN ĐIỀU TRỊ BẰNG UVB DẢI HẸP SỬ DỤNG LIỀU CHIẾU THEO LIỀU ĐỎ DA TỐI THIỂU

Phạm Thị Minh Phương¹, Lê Thị Thanh Hằng¹,
Nguyễn Văn Thường^{1,2}, Lê Huyền My¹, Trần Sơn Tùng²,
Hoàng Thị Phụng¹, Lê Hữu Doanh^{1,2}, Quách Thị Hà Giang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát dấu ấn CD1a và Langerin của tế bào Langerhans tại tổn thương của bệnh vảy nến thông thường được điều trị bằng UVB dải hẹp (NB-UVB) với 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 Bệnh viện Da liễu Trung Ương từ tháng 01/2017 đến 06/2019. Sử dụng phương pháp hóa mô miễn dịch xác định dấu ấn CD1a và Langerin trước điều trị và tại thời điểm đạt PASI75, trong quá trình theo dõi đến lần chiếu thứ 36. **Kết quả:** Chỉ số dấu ấn CD1a và Langerin trước điều trị có mối tương quan chặt chẽ, với giá trị lần lượt là $65,85 \pm 32,65$ và $55,02 \pm 29,5$. Tại thời điểm đạt

PASI75, cả hai chỉ số đều giảm, trong đó chỉ số CD1a khác biệt có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** NB-UVB có thể cải thiện về lâm sàng và chỉ số tế bào Langerhans tại tổn thương da, dấu ấn CD1a có thể được sử dụng để đánh giá sự thay đổi này.

Từ khóa: vảy nến, tế bào Langerhans, dấu ấn CD1a, dấu ấn Langerin, UVB dải hẹp.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF LANGERHANS CELL MARKERS IN PSORIATIC SKIN LESIONS TREATED WITH NARROWBAND UVB USING MINIMAL ERYTHEMA DOSE-BASED DOSAGE

Objective: To investigate markers CD1a and Langerin of Langerhans cells in the skin lesion of psoriasis patients treated with narrow-band UVB (NB-UVB) therapy with the dose based on minimum erythema dose. **Subject and research methods:** Prospective descriptive study on 62 patients with moderate to severe psoriasis vulgaris received NB-UVB regimen at the National Hospital of Dermatology and Venereology from 01/2017 to 06/2019. Immunohistochemistry was utilized to detect

¹Bệnh viện Da liễu Trung Ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Quách Thị Hà Giang

Email: drhagiang@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2025

Ngày duyệt bài: 01.4.2025