

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. Makhdooni 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 (NBUVB) 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:** NBUVB 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 (NBUVB) 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 NBUVB 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

CD1a and Langerin markers on patients' biopsy, in two timepoints (prior to treatment and achievement of PASI75). **Result:** The index of marker CD1a and Langerin at baseline had a strong correlation, $65,85 \pm 32,65$ and $55,02 \pm 29,5$, respectively. At the time of PASI75 achievement, these two indices showed improvement, particularly the CD1a index difference which was statistically significant. **Conclusion:** NBUVB therapy exerts clinical and histopathological improvement, and CD1a could be considered a marker to identify this effect.

Keywords: psoriasis, Langerhans cell, marker CD1a, marker Langerin, narrow-band UVB.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vảy nến là bệnh lý da viêm mạn tính với các biến đổi mô bệnh học đặc trưng do phản ứng miễn dịch của tế bào sừng với hệ thống miễn dịch của da bị hoạt hóa qua trung gian tế bào. Các tế bào đóng vai trò trong cơ chế bệnh sinh hình thành tổn thương da của vảy nến gồm tế bào sừng, tế bào lympho T, tế bào trình diện kháng nguyên, đại thực bào, bạch cầu đa nhân trung tính... Các tế bào trình diện kháng nguyên có vai trò quan trọng kết nối miễn dịch bẩm sinh và miễn dịch thu được, trong vảy nến nhiệm vụ này được thực hiện chính bởi các tế bào Langerhans.

Vị trí của tế bào Langerhans chủ yếu nằm ở thượng bì, được tìm ra bởi Paul Langerhans vào năm 1868, các tế bào này sau đó được xác định có nguồn gốc từ tủy xương¹. CD1a và Langerin là hai dấu ấn đặc trưng của Langerhans ở thượng bì, đóng vai trò quan trọng trong trình diện kháng nguyên. Các nghiên cứu trên động vật và thực nghiệm đều chưa khẳng định về sự thay đổi về mật độ của tế bào Langerhans tại tổn thương da vảy nến, với giá trị trung bình từ 500 đến 1500/mm², tuy nhiên đã có báo cáo về sự khiếm khuyết chức năng hoạt hóa và di chuyển của tế bào này tại tổn thương da. Liệu pháp ánh sáng với UVB được cho là kích hoạt sự chết theo chương trình của các tế bào Langerhans và điều hòa phản ứng miễn dịch của tế bào này. Thử nghiệm lâm sàng đã cho thấy hiệu ứng giảm số lượng tế bào Langerhans ở trung bì của NBUVB và ở thượng bì của PUVA. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục đích khảo sát mật độ tế bào Langerhans tại tổn thương da của bệnh nhân vảy nến và hiệu ứng của liệu pháp NBUVB trên tế bào này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân vảy nến thông thường được chẩn đoán dựa trên lâm sàng và mô bệnh học với mức độ từ trung bình

đến nặng: PASI ≥ 10 và/hoặc BSI > 3 và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân dưới 16 tuổi; phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú; đang sử dụng các thuốc tăng nhạy cảm ánh sáng; phơi nhiễm bức xạ ion hóa hoặc nhiễm độc arsenic trước điều trị; tiền sử cá nhân và gia đình có ung thư da; được điều trị vảy nến bằng corticosteroid, methotrexat, vitamin A acid, các thuốc ức chế miễn dịch toàn thân trong thời gian 1 tháng trước nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có so sánh trước, sau điều trị, tiến cứu.

Cỡ mẫu: 62 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được tuyển chọn vào nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Da liễu Trung ương, từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 06 năm 2019.

Các bước tiến hành: Xét nghiệm sinh thiết, xác định dấu ấn tế bào Langerhans (CD1a và Langerin) tại tổn thương da trước điều trị:

- Sinh thiết tổn thương da vảy nến tại vị trí xác định.

- Sử dụng kỹ thuật nhuộm hóa mô miễn dịch bằng kỹ thuật ABC (Avidine – Biotine Complex), hiển thị màu bằng DAB, kháng thể CD1a, Langerin (1:200, D&R System).

- Kết quả được đọc bởi bác sĩ tại khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Da liễu Trung ương.

- Phương pháp đo lường: (sử dụng 20 vi trường với độ phóng đại 400 lần trên kính hiển vi quang học)

$$\text{Chỉ số dấu ấn} = \frac{\text{Số tế bào dương tính}}{\text{Tổng số tế bào}}$$

Phác đồ điều trị sử dụng buồng chiếu UVB Medisun 2800 và máy Giga test đo liều đo da tối thiểu (MED):

- Trước khi điều trị, đo liều đo da tối thiểu (MED) bằng máy Giga test: Chiếu vào 6 vị trí liên tiếp của vùng ít tiếp xúc với ánh sáng như lưng, mông, ... mỗi vị trí có đường kính 1 cm. Liều UVB là 400, 600, 800, 1000, 1200, 1400 mJ/cm² cho type da I, II, III; và 800, 1000, 1200, 1400, 1600, 1800 mJ/cm² cho type da IV, V, VI; Đọc kết quả sau 24 giờ. Chọn liều chiếu nhỏ nhất mà gây đỏ da là liều đo da tối thiểu.

- Ngay khi xác định được MED, tiến hành điều trị chiếu lần 1 với liều bằng 1/2 MED.

- Từ lần chiếu thứ 2 đến lần chiếu 20, mỗi

lần chiếu với liều tăng 10% so với MED.

- Từ lần chiếu 21 trở đi, liều chiếu phụ thuộc vào đánh giá đáp ứng điều trị Bác sĩ điều trị và tác dụng phụ của, không vượt quá 3 lần liều đo da tối thiểu hoặc không quá 5000 mJ/cm²

- Chiếu đến khi đạt PASI75

- Tần suất chiếu: 2-3 lần/ tuần.

Theo dõi đến lần điều trị thứ 36, xét nghiệm dấu ấn tế bào Langerhans (CD1a và Langerin) tại thời điểm bệnh nhân đạt PASI75.

Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20. Sử dụng thống kê và các thuật toán kiểm định phù hợp.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Da liễu Trung ương theo quyết định số 2071/HĐĐĐ-BVDLTW, ngày 22 tháng 12 năm 2015. Các thông tin thu thập được giữ bí mật hoàn toàn và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Việc thực hiện nghiên cứu không làm ảnh hưởng tới sức khỏe, tài chính của người tham gia nghiên cứu.

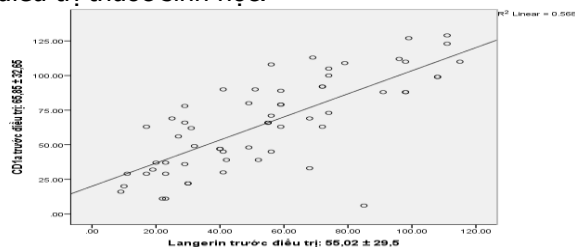
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân vảy nến thông thường trong nghiên cứu (N=62)

Đặc điểm	Trung bình $\pm$ SD (min – max)	
Tuổi (năm)	35,4 $\pm$ 11 (17 - 67)	
Cân nặng (kg)	60,79 $\pm$ 8,94 (44 - 77)	
BMI	22,55 $\pm$ 2,61 (17,1 - 28,3)	
Vòng bụng (cm)	76,85 $\pm$ 6,44 (65 - 92)	
Thời gian mắc (tháng)	104,44 $\pm$ 78 (10 - 360)	
PASI trước điều trị	14,99 $\pm$ 4,57 (10 - 30,8)	
Chất lượng cuộc sống (DLQI)	12,15 $\pm$ 4,07 (5 - 24)	
	n	%
Giới: Nam	45	72,6%
Nữ	17	27,4%
Tiền sử gia đình có vảy nến	18	29%
Tiền sử dùng thuốc		
Thuốc bôi	51	82,3%
Methotrexate	18	29%
Vitamin A acid	2	3,2%
Thuốc sinh học	0	0
Đông y	18	29%
Tổn thương móng	45	72,6%
Tổn thương khớp	3	4,8%

Nhận xét: 62 bệnh nhân trong nghiên cứu, trong đó 72,6% là nam, có độ tuổi từ 17 đến 67, thời gian mắc từ 10 tháng đến 10 năm, vảy nến từ mức độ trung bình đến nặng với PASI trung bình trước điều trị là 14,99. Phần lớn các bệnh

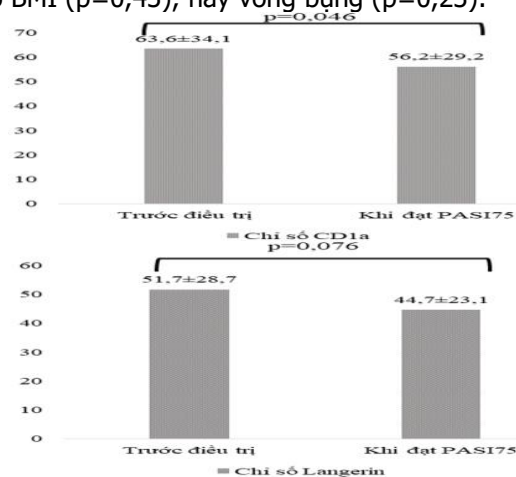
nhân đều có tổn thương móng (72,6%) trong khi đó chỉ có 4,8% có tổn thương khớp. Hầu hết các bệnh nhân không đáp ứng điều trị thuốc bôi trước đó. Thuốc toàn thân cổ điển phổ biến nhất là methotrexate, không có trường hợp nào đã điều trị thuốc sinh học.



Biểu đồ 1. Mối tương quan giữa dấu ấn CD1a và dấu ấn Langerin của tế bào Langerhans

CD1a là biến định lượng phân bố tuân theo quy luật chuẩn, Langerin là biến định lượng không phân bố theo quy luật chuẩn. Sử dụng tương quan Spearman

Nhận xét: Xác định mối tương quan chặt chẽ giữa chỉ số CD1a và Langerin, với $p < 0,01$ và $R = 0,754$ với độ tin cậy 95%. Không xác định được mối tương quan giữa chỉ số tế bào Langerhans (CD1a) và đặc điểm của bệnh nhân gồm PASI trước điều trị ($p = 0,59$), cân nặng ($p = 0,20$), chỉ số BMI ($p = 0,43$), hay vòng bụng ($p = 0,23$).



Biểu đồ 2. Sự thay đổi chỉ số dấu ấn của tế bào Langerhans trên bệnh nhân đạt PASI75 (N=42)

Sử dụng t-test ghép cặp do các giá trị trước và sau điều trị phân bố theo quy luật chuẩn

Nhận xét: Có 42/62 bệnh nhân đạt PASI75 trong thời gian theo dõi 36 lần điều trị. Chỉ số dấu ấn CD1a giảm có ý nghĩa thống kê với $p = 0,046$ độ tin cậy 95%. Chỉ số dấu ấn Langerin có giảm nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2. Phân tích mối liên quan giữa sự thay đổi dấu ấn CD1a và một số đặc điểm (N=42)

	PASI trước điều trị 14,99 ± 4,57	Liều chiếu đạt PASI75 1038,0 ± 219,4 (J/cm2)	Chỉ số BMI 23,7 ± 2,8
ΔCD1a (trước – sau đạt PASI75) 7,4±23,4	p=0,23	p=0,44	p=0,83

ΔCD1a, BMI, liều chiếu đạt PASI75: biến phân bố theo quy luật chuẩn

PASI trước điều trị: biến phân bố không theo quy luật chuẩn

Sử dụng kiểm định Pearson hoặc Spearman phù hợp để phân tích

Nhận xét: Không xác định được mối liên quan giữa sự thay đổi dấu ấn CD1a và các đặc điểm của bệnh nhân như chỉ số BMI, PASI trước điều trị hay liều chiếu khi đạt PASI75.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra mật độ tế bào dương tính với CD1a và Langerin có mối tương quan chặt chẽ với nhau, phản ánh mật độ tế bào Langerhans tại tổn thương da của vảy nến. Tuy nhiên, không có mối tương quan giữa mật độ tế bào Langerhans và mức độ nặng của vảy nến, cũng như một vài đặc điểm chỉ số cơ thể của bệnh nhân. Các báo cáo trước đây theo tìm hiểu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự. Các kết quả cho rằng không có sự thay đổi xác định về mật độ tế bào Langerhans trên tổn thương da của bệnh nhân vảy nến so với da của người bình thường. Một số cho kết quả cao hơn², một số cho kết quả thấp hơn³, trong khi đó lại có báo cáo không quan sát thấy sự khác biệt⁴. Kết quả khảo sát của Cumberbatch và cộng sự trên 47 bệnh nhân vảy nến và 19 người bình thường cho thấy mật độ của tế bào Langerhans (CD1a+) dao động trong khoảng 660 đến 1583/mm² với giá trị trung bình 1,101 ± 215/mm² tại tổn thương da vảy nến, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi khi quy đổi ra mm¹. Nghiên cứu này cũng cho thấy không có sự khác biệt về mật độ tế bào Langerhans giữa tổn thương da vảy nến và da lành⁵. Một nghiên cứu khác của nhóm tác giả Nhật Bản trên 11 bệnh nhân vảy nến thể mảng so sánh mật độ tế bào Langerhans tại các vị trí so với tổn thương da của vảy nến sử dụng 2 dấu ấn CD1a và Langerin cho thấy mật độ tế bào Langerin ở vùng da xung quanh tổn thương của vảy nến cao hơn đáng kể so với các vị trí

khác gồm da tại tổn thương, da lành quanh tổn thương, và vùng da xa tổn thương⁶. Điều này có thể được giải thích rằng, tế bào Langerhans có vai trò quan trọng khi trong giai đoạn đầu để hình thành tổn thương da của vảy nến, sự hoạt hóa của tế bào Langerhans là cầu nối giữa miễn dịch tự nhiên và miễn dịch thu được (qua trung gian tế bào lympho T), vì vậy tại vùng da xung quanh tổn thương, mật độ và hoạt động của tế bào Langerhans cao hơn, trong khi đó tại vùng da tổn thương thì vai trò của các tế bào lympho đóng vai trò chủ đạo.

Một vài liệu pháp điều trị cũng cho thấy sự điều hòa về mật độ và chức năng của tế bào Langerhans như điều trị bằng propylthiouracil⁷ hay các liệu pháp ánh sáng⁸. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng chỉ số dấu ấn CD1a và Langerhans đều giảm tại thời điểm bệnh nhân vảy nến đạt mục tiêu điều trị PASI75, tuy nhiên chỉ có CD1a thay đổi có ý nghĩa thống kê. Một công bố của Erkin và cộng sự trên 15 bệnh nhân vảy nến mức độ trung bình đến nặng được điều trị bằng NBUBV cho thấy rằng sự giảm mật độ CD1a có ý nghĩa thống kê ở trung bì và không có ý nghĩa thống kê ở thượng bì. Nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng, những bệnh nhân được điều trị bằng PUVA quan sát thấy chỉ số dấu ấn của CD1a giảm đáng kể ở cả trung bì và thượng bì. Cơ chế của liệu pháp ánh sáng tác động lên tế bào Langerhans chủ yếu do hiện tượng chết theo chương trình và khả năng điều hòa miễn dịch. UVB dải hẹp và dải rộng đều được chứng tỏ làm giảm số lượng tế bào Langerhans, tuy nhiên hiệu quả này cao hơn đối với UVB dải hẹp. Kết quả này được làm sáng tỏ do sự tăng bội lộ của gen p53 sau khi tổn thương da vảy nến được chiếu bằng UVB, là một gen đóng vai trò quan trọng trong hiện tượng chết theo chương trình. Bên cạnh tế bào Langerhans, liệu pháp NBUBV còn tác động lên các tế bào khác có vai trò trong cơ chế bệnh sinh của vảy nến như tế bào sừng, tế bào lympho, những tế bào này có vai trò thay đổi hoạt động của tế bào Langerhans, như một cơ chế điều hòa toàn bộ rối loạn miễn dịch tại chỗ. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy sự giảm chỉ số CD1a không có mối liên quan với các yếu tố của bệnh nhân cũng như liều chiếu, điều này có thể giải thích rằng hiệu quả của liệu pháp NBUBV trên tế bào Langerhans chủ yếu đến từ tác động tại chỗ lên tổn thương da, và liều chiếu sẽ có hiệu quả khi đạt liều đủ da tối thiểu theo từng trường hợp bệnh nhân cụ thể.

V. KẾT LUẬN

CD1a và Langerin là hai dấu ấn dùng để xác

định mật độ tế bào Langerhans tại tổn thương da của vảy nến. Liệu pháp điều trị bằng NB-UVB với phác đồ theo liều đồ da tối thiểu không chỉ cải thiện về mặt lâm sàng mà còn làm giảm mật độ tế bào Langerhans tại tổn thương da. Tuy nhiên chỉ có dấu ấn CD1a giảm có ý nghĩa thống kê sau điều trị nên có thể được sử dụng làm chỉ số đánh giá hiệu ứng của liệu pháp NB-UVB đối với mật độ tế bào Langerhans. Cần thêm nhiều nghiên cứu khác đánh giá ảnh hưởng của liệu pháp NB-UVB đến chức năng của các tế bào Langerhans tại da.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **De Panfilis G.** Paul Langerhans' death centennial, July 20, 1988. The Journal of Investigative Dermatology. 1988;91(3):283-283.
2. **Fujita H, Shemer A, Suárez-Farinas M, et al.** Lesional dendritic cells in patients with chronic atopic dermatitis and psoriasis exhibit parallel ability to activate T-cell subsets. Journal of allergy and clinical immunology. 2011;128(3):574-582.
3. **Glitzner E, Korosec A, Brunner PM, et al.** Specific roles for dendritic cell subsets during initiation and progression of psoriasis. EMBO Mol Med. 2014;6(10): 1312-1327. doi:10.15252/emmm.201404114
4. **Martini E, Wiken M, Cheuk S, et al.** Dynamic changes in resident and infiltrating epidermal dendritic cells in active and resolved psoriasis. Journal of Investigative Dermatology. 2017; 137(4):865-873.
5. **Cumberbatch M, Singh M, Dearman RJ, Young HS, Kimber I, Griffiths CE.** Impaired Langerhans cell migration in psoriasis. The Journal of experimental medicine. 2006;203(4): 953-960.
6. **Komine M, Karakawa M, Takekoshi T, et al.** Early inflammatory changes in the "perilesional skin" of psoriatic plaques: is there interaction between dendritic cells and keratinocytes? Journal of investigative dermatology. 2007;127(8):1915-1922.
7. **Elias AN, Nanda VS, Barr RJ.** CD1a expression in psoriatic skin following treatment with propylthiouracil, an antithyroid thioureydene. BMC Dermatol. 2003;3(1):3. doi:10.1186/1471-5945-3-3
8. **Taguchi K, Fukunaga A, Ogura K, Nishigori C.** The role of epidermal Langerhans cells in NB-UVB-induced immunosuppression. Kobe J Med Sci. 2013;59(1):E1-9.

KHẢO SÁT TỶ LỆ STRESS, LO ÂU VÀ TRẦM CẢM CỦA NGƯỜI BỆNH TRƯỚC PHẪU THUẬT TẠI KHOA NGOẠI TIẾT NIỆU BỆNH VIỆN XANH PÔN NĂM 2024

Nguyễn Minh An¹, Sỹ Thị Thanh Huyền²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo tỷ lệ Stress, lo âu và trầm cảm của người bệnh trước phẫu thuật tại khoa Ngoại Tiết niệu bệnh viện Xanh Pôn năm 2024.
Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang 250 bệnh nhân được phẫu thuật tại khoa ngoại Tiết niệu – Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 52,22 ± 13,27 tuổi, trong đó độ tuổi dưới 60 chiếm tỷ lệ 66,8%; Số người bệnh nam là 179/250, nữ là 71/250; Hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh khi vào viện và trước phẫu thuật đầy đủ chiếm tỷ lệ 99,2%, có 0,8% người bệnh được tư vấn nhưng chưa đầy đủ. Người bệnh có tỷ lệ stress trước phẫu thuật chiếm 0,4%; lo âu chiếm 20,8%; trầm cảm trước phẫu thuật chiếm 0,8%. Người bệnh có lo âu mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất 11,2%, lo âu vừa chiếm 7,6%, lo âu nặng chiếm 1,2% và rất nặng chiếm 0,8%. Người bệnh lo âu nhất với vấn đề đau sau phẫu thuật chiếm 90%,

tiếp theo là các tai biến trong phẫu thuật chiếm 78%, môi trường bệnh viện không thoải mái chiếm 73,2%, không đủ khả năng chi trả viện phí chiếm 66% và không nhận được sự quan tâm từ nhân viên y tế chiếm 5,2%. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu 250 bệnh nhân cho thấy, sau khi được tư vấn đầy đủ trước phẫu thuật, tỷ lệ bệnh nhân còn stress trước phẫu thuật là 0,4%; lo âu chiếm 20,8%; trầm cảm trước phẫu thuật chiếm 0,8%. **Từ khóa:** Stress, lo âu, trầm cảm. trước phẫu thuật

SUMMARY

PREVALENCE OF STRESS, ANXIETY, AND DEPRESSION AMONG PATIENTS BEFORE UROLOGICAL SURGERY AT XANH PON GENERAL HOSPITAL IN 2024

Objective: This study aimed to determine the prevalence of stress, anxiety, and depression among patients before undergoing urological surgery in 2024.
Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 250 patients scheduled for surgery at the Urology Department of Xanh Pon General Hospital.
Results: The average age of the patients was 52.22 ± 13.27 years, with 66.8% of patients being under 60 years old. The study included 179 male patients (71.6%) and 71 female patients (28.4%). Preoperative health education and counseling were provided to 99.2% of patients, while 0.8% received

¹Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh An

Email: dr_minhan413@yahoo.com

Ngày nhận bài: 22.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 01.4.2025