

V. KẾT LUẬN

- Viêm xương tủy xương là bệnh lý nhiễm trùng cơ xương khớp hay gặp nhất ở trẻ em (74,8% trong nhóm bệnh nhân nghi ngờ).

- Tuổi trung bình là 73.6 ± 52.4 tháng tuổi. Tỷ lệ nam/nữ = 1,2/1.

- Vị trí thường gặp ở xương dài và chi dưới ưu thế xương đùi (32,6%), xương chày (33,6%). Trên cộng hưởng từ, viêm xương tủy xương có hình ảnh chủ yếu giảm tín hiệu trên T1W (88%), tăng tín hiệu trên T2W (77,2%) và STIR (91,3%), ngấm thuốc dạng viền sau tiêm (59,8%). Áp xe trong xương là dấu hiệu thứ phát thường gặp nhất (90,2%). Cộng hưởng từ còn giúp đánh giá các biến chứng tại chỗ: Áp xe phần mềm (53,3%) và viêm khớp lân cận (38,0%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Walter, N., Bärtil, S., Alt, V. & Rupp, M.** The Epidemiology of Osteomyelitis in Children. *Children* (Basel, Switzerland) 8, (2021) doi:10.3390/children8111000.
2. **Lee, Y. J., Sadigh, S., Mankad, K., Kapse, N. & Rajeswaran, G.** The imaging of osteomyelitis. *Quantitative imaging in medicine and surgery* 6, 184-198 (2016) doi:10.21037/qims.2016.04.01.
3. **Jha, Y. & Chaudhary, K.** Diagnosis and Treatment Modalities for Osteomyelitis. *Cureus* 14, e30713 (2022) doi:10.7759/cureus.30713.
4. **Schallert, E. K. et al.** Metaphyseal osteomyelitis in children: how often does MRI-documented joint effusion or epiphyseal extension of edema indicate coexisting septic arthritis? *Pediatric radiology* 45, 1174-1181 (2015) doi:10.1007/s00247-015-3293-0.
5. **Popescu, B., Tevanov, I., Carp, M. & Ulici, A.** Acute hematogenous osteomyelitis in pediatric patients: epidemiology and risk factors of a poor outcome. *The Journal of international medical research* 48, 300060520910889 (2020) doi:10.1177/0300060520910889.
6. **Manz, N., Krieg, A. H., Heininger, U. & Ritz, N.** Evaluation of the current use of imaging modalities and pathogen detection in children with acute osteomyelitis and septic arthritis. *European journal of pediatrics* 177, 1071-1080 (2018) doi:10.1007/s00431-018-3157-3.
7. **Dartnell, J., Ramachandran, M. & Katchburian, M.** Haematogenous acute and subacute paediatric osteomyelitis: a systematic review of the literature. *British Editorial Society of bone and joint surgery* 94, 586 - 589 (2012) doi:10.1302/0301-620X.94B5.28523.
8. **Peltola, H., Pääkkönen, M., Kallio, P. & Kallio, M. J.** Short- versus long-term antimicrobial treatment for acute hematogenous osteomyelitis of childhood: prospective, randomized trial on 131 culture-positive cases. *The Pediatric infectious disease journal* 29, 1123-1128 (2010) doi:10.1097/INF.0b013e3181f55a89.
9. **Dobaria DG & HL, Cohen.** Osteomyelitis Imaging. *Osteomyelitis Imaging*, (2023)

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG Ở CÁC TRẺ EM BỊ SẼN NGỨA (PRURIGO NODULARIS)

Trần Thị Huyền^{1,2}, Sar Sokpharuth¹

TÓM TẮT

Sẻn ngứa là bệnh da liễu hay gặp ở trẻ em, đặc trưng bởi sự xuất hiện của các sẻn nhỏ trên da, gây ngứa, các vết xước, vết thâm sau viêm. Nghiên cứu này nhằm mô tả một số đặc điểm cận lâm sàng và nồng độ IgE huyết thanh ở các bệnh nhân sẻn ngứa trẻ em, xác định mối liên quan giữa nồng độ IgE với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang, được thực hiện trên 94 trẻ em mắc sẻn ngứa, từ tháng 8/2023 tới tháng 8/2024 tại Bệnh viện Da liễu Trung ương. Định lượng IgE toàn phần trong máu được thực hiện bằng phương pháp điện hóa phát quang (ECLIA) trên máy Roche-Cobas E411. Kết quả có 62,8% bệnh nhân là

nam, 37,2% là nữ, tuổi trung bình là $7,15 \pm 4,21$ tuổi, nhỏ nhất là 1 tuổi và lớn nhất là 16 tuổi. Phần lớn các chỉ số cận lâm sàng đều nằm trong giới hạn bình thường. Có 26,6% bệnh nhân có bạch cầu tăng; giá trị trung bình là $8,1 \pm 1,9$ G/L. Tỷ lệ bạch cầu ái toan bình thường là 78,7%, tỷ lệ có tăng bạch cầu ái toan là 21,3%. Có 76,6% bệnh nhân có mức hemoglobin bình thường, 6,4% có hemoglobin tăng, trung bình là $13,1 \pm 1,9$ g/dL. Có 85,1% bệnh nhân có AST bình thường và 86,2% có ALT bình thường. Trung bình AST là $32,9 \pm 14,6$ IU/L; ALT là $19,4 \pm 12,3$ IU/L. Có 84,0% bệnh nhân có mức IgE cao, với giá trị trung bình là $1067,726 \pm 1466,142$ IU/ml. Không có mối tương quan giữa nồng độ IgE huyết thanh với mức độ ngứa, mức độ thương tổn và mức độ hoạt động bệnh.

Từ khóa: Sẻn ngứa, trẻ em, nồng độ IgE huyết thanh, bạch cầu ái toan, men gan.

SUMMARY

SOME PARACLINICAL CHARACTERISTICS IN CHILDREN WITH PRURIGO NODULARIS

Prurigo nodularis is a common dermatological condition in children, characterized by the presence of small nodules on the skin, accompanied by itching,

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Da liễu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Huyền

Email: drhuyentran@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025

Ngày duyệt bài: 14.4.2025

scratches, and post-inflammatory hyperpigmentation. This cross-sectional descriptive study was conducted to describe certain paraclinical characteristics and serum IgE levels in pediatric patients with prurigo nodularis and to determine the relationship between serum IgE levels and clinical and paraclinical features. It was conducted on 94 children diagnosed with prurigo nodularis from August 2023 to August 2024. Total serum IgE in blood was measured using the electrochemiluminescence immunoassay (ECLIA) method on the Roche-Cobas E411 system. Results showed that 62.8% of the patients were male and 37.2% were female, with a mean age of 7.15 ± 4.21 years (ranging from 1 to 16 years). Most paraclinical indices were within normal limits. Leukocytosis was observed in 26.6% of patients, with a mean value of 8.1 ± 1.9 G/L. Normal eosinophil levels were present in 78.7% of cases, while 21.3% showed eosinophilia. Hemoglobin levels were normal in 76.6% of patients and elevated in 6.4%, with a mean value of 13.1 ± 1.9 g/dL. Normal levels of AST and ALT were observed in 85.1% and 86.2% of patients, respectively, with mean AST and ALT values of 32.9 ± 14.6 IU/L and 19.4 ± 12.3 IU/L. Elevated serum IgE levels were found in 84.0% of patients, with a mean value of 1067.726 ± 1466.142 IU/mL. There was no correlation between serum IgE levels and pruritus severity, lesion extent, and disease activity.

Keywords: children, eosinophils, liver enzymes, prurigo nodularis, serum IgE levels.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sẩn ngứa là một bệnh da liễu hay gặp ở trẻ em, đặc trưng bởi sự xuất hiện của các sẩn nhỏ trên da kèm theo ngứa, các vết xước do cào gãi, dát thâm tăng sắc tố sau viêm (postinflammatory hyperpigmentation), ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống.^{1,2} Bệnh không chỉ gây ra những phiền toái về mặt thể chất mà còn có thể ảnh hưởng đến tâm lý và sự phát triển toàn diện của trẻ.³ Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu với chức năng gan, thận là cần thiết để đánh giá tình trạng sẩn ngứa, hướng tới nguyên nhân, có thể và lựa chọn phương pháp điều trị, đặc biệt với những bệnh nhân không có tiền sử bệnh da như viêm da cơ địa.¹ Theo Matsuo (2020), nhiều bệnh nhân sẩn ngứa có sự thay đổi số lượng bạch cầu, đặc biệt là tăng bạch cầu ái toan, gợi ý một phản ứng miễn dịch qua tế bào T hỗ trợ 2 (Th2).⁴ Sự gia tăng bạch cầu này tương tự như ở các bệnh lý da viêm khác như viêm da cơ địa, nơi bạch cầu ái toan thường được ghi nhận tăng cao.⁵ Theo Morss-Walton (2022), tình trạng tăng tiểu cầu (thrombocytosis) là một thay đổi huyết học thường gặp trong các bệnh da viêm. Mặc dù chưa được nghiên cứu nhiều ở bệnh sẩn ngứa, nhưng các bệnh viêm tương tự như viêm tuyến mồ hôi mủ (hidradenitis suppurativa) cho thấy sự gia tăng tiểu cầu, có thể giảm khi điều trị hiệu quả. Điều này cho thấy tiểu cầu có thể là dấu

hiệu của viêm hệ thống ở bệnh nhân sẩn ngứa.⁶ Theo Cornman (2023), bệnh nhân sẩn cục có thể có giảm mức hemoglobin, chỉ ra nguy cơ thiếu máu. Tình trạng này tương đồng với các bệnh viêm mạn tính khác, nơi viêm hệ thống có thể dẫn đến thiếu máu.³ Liên quan tới protein phản ứng C (C-reactive protein, CRP), theo Parthasarathy (2022), mức CRP tăng cao ở bệnh nhân sẩn ngứa, đặc biệt là ở những người có rối loạn giấc ngủ liên quan. CRP tăng cao là dấu hiệu của viêm hệ thống và cho thấy tính chất viêm của bệnh sẩn ngứa, có thể tác động đến sức khỏe tổng thể của bệnh nhân.⁷

Immunoglobulin E (IgE) là một loại kháng thể đóng vai trò quan trọng trong các phản ứng dị ứng và quá mẫn type I. Nồng độ IgE huyết thanh tăng cao thường liên quan đến các bệnh lý dị ứng như viêm mũi dị ứng, hen phế quản và các bệnh da dị ứng.⁸ Việc xác định nồng độ IgE ở trẻ em bị sẩn ngứa có thể giúp hiểu rõ hơn về cơ chế bệnh sinh và định hướng điều trị hiệu quả. Các nghiên cứu cho thấy bệnh nhân sẩn ngứa thường có sự gia tăng IgE, đặc biệt ở những trường hợp liên quan đến các cơ chế miễn dịch qua trung gian Th2. Theo Cuevas-González (2016), trong bệnh sẩn ngứa do ánh sáng, nồng độ IgE trong huyết thanh thường tăng, tương quan với mức độ nghiêm trọng của thương tổn da.⁸ Các bệnh nhân có tổn thương da vừa đến nặng thường có mức IgE cao hơn so với những người có triệu chứng nhẹ. Tương tự, sẩn cục cũng liên quan đến sự gia tăng IgE, đặc biệt ở bệnh nhân có tiền sử dị ứng. Mặc dù vai trò cụ thể của IgE trong sẩn cục chưa được hiểu rõ, nhưng các trường hợp tăng IgE cho thấy mối liên hệ tiềm năng với các bệnh dị ứng.⁹ Những quan sát lâm sàng cũng ghi nhận các bệnh nhân có IgE cao có xu hướng phát triển các thương tổn nặng hơn.⁴

Cho tới nay, mặc dù có nhiều nghiên cứu về mối liên quan giữa IgE và các bệnh dị ứng, nhưng dữ liệu cụ thể về nồng độ IgE ở trẻ em bị sẩn ngứa và mối quan hệ với các đặc điểm lâm sàng vẫn còn hạn chế. Do vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô một số đặc điểm cận lâm sàng và nồng độ huyết thanh IgE ở các trẻ em bị sẩn ngứa và mối liên quan với một số đặc điểm lâm sàng của bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Là các trẻ em được chẩn đoán xác định sẩn ngứa, đến khám và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 8/2023 tới tháng 8/2024.

Tiêu chuẩn chẩn đoán: (1) Bệnh diễn biến

≥ 6 tuần liên tục. (2) Tổn thương cơ bản: Sẩn huyết thanh, sẩn đỏ, vết xước, trợt, chảy dịch, vết thâm hoặc sẹo, sẩn cục, hay dày da và thâm da, tổn thương này có thể đứng riêng rẽ hoặc tập trung thành đám, mảng trên cơ thể. (3) Vị trí tổn thương: Chân tay, thân người, các nếp gấp, toàn thân. Thường ưu thế hơn ở mặt dưới các chi, nhất là hai chi dưới, mông.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ được chẩn đoán sẩn ngứa; dưới 16 tuổi cho đến thời điểm nghiên cứu; cha mẹ hoặc người giám hộ đồng ý cho trẻ tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

Cỡ mẫu và chọn mẫu. Chọn mẫu thuận tiện, theo trình tự thời gian, phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn, được làm bệnh án theo một mẫu thống nhất, bao gồm 94 trẻ em bị sẩn ngứa đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Trung ương trong thời gian nghiên cứu, đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

Nội dung và quy trình thu thập thông tin. Quy trình thu thập thông tin bắt đầu bằng việc phỏng vấn và khám lâm sàng. Thu thập các thông tin cá nhân như tên, tuổi, giới tính, địa chỉ, cùng với bệnh sử bao gồm tiền sử bệnh da và các bệnh lý khác. Ghi nhận các yếu tố liên quan như tuổi khởi phát, thời điểm tái phát, dị ứng thức ăn hoặc thuốc, tẩy giun định kỳ, tiền sử gia đình, căng thẳng tâm lý, môi trường sống và tiếp xúc với côn trùng. Khám lâm sàng tập trung vào đánh giá triệu chứng cơ năng như mức độ ngứa (theo thang điểm PNRS- Prutius Numeric Rating Scale) và ảnh hưởng đến giấc ngủ.¹⁰ Đánh giá mức độ thương tổn da theo IGA-CPG (Investigator Global Assessment-chronic prurigo) stage, mức độ hoạt động bệnh theo IGA-CPG activity), xác định đặc điểm tổn thương (loại, màu sắc, phân bố, vị trí) và phát hiện các bệnh da đồng mắc nếu có. Nồng độ bạch cầu ái toan được xác định dựa vào xét nghiệm công thức máu.

Định lượng IgE toàn phần trong máu được thực hiện bằng phương pháp điện hóa phát quang (ECLIA) trên máy Roche-Cobas E411. Kết quả nồng độ IgE, biểu thị bằng IU/mL. IgE toàn phần được xác định là cao khi ≥ 60IU/ml ở trẻ 2-5 tuổi, ≥ 90IU/ml ở trẻ 6-9 tuổi, và ≥ 100IU/ml ở trẻ 12-16 tuổi.⁴

2.3. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Thống kê mô tả: biến định tính dưới dạng tỷ lệ %, biến định lượng dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn. Sử dụng kiểm định Fisher's exact test để đánh giá sự khác biệt giữa các nhóm.

Tính tương quan Spearman để xác định mối liên quan giữa nồng độ IgE và các đặc điểm lâm sàng. Mức ý nghĩa thống kê xác định khi $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu viên đảm bảo thực hiện quy trình phù hợp với tuyên ngôn Helsinki về đạo đức trong nghiên cứu y sinh. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức và được sự chấp thuận của Bệnh viện Da liễu Trung ương theo quyết định số 49/QĐ-BVĐLTW ngày 13/11/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 94 trẻ bị sẩn ngứa, với 62,8% là nam và tuổi trung bình là $7,15 \pm 4,21$ tuổi, nhỏ nhất là 1 tuổi và lớn nhất là 16 tuổi. Bảng 1 cho thấy, phần lớn các chỉ số đều nằm trong giới hạn bình thường. Có 26,6% có bạch cầu tăng. Giá trị trung bình là $8,1 \pm 1,9$ G/L. Tỷ lệ bạch cầu ái toan bình thường là 78,7%, và tỷ lệ tăng bạch cầu ái toan là 21,3%, với giá trị trung bình là $5,7 \pm 2,2$ %. Có 76,6% bệnh nhân có mức hemoglobin bình thường, 6,4% có hemoglobin tăng, trung bình là $13,1 \pm 1,9$ g/dL. Có 85,1% bệnh nhân có AST bình thường và 86,2% có ALT bình thường. Trung bình AST là $32,9 \pm 14,6$ IU/L; ALT là $19,4 \pm 12,3$ IU/L.

Bảng 1. Kết quả xét nghiệm công thức máu và sinh hóa máu (n=94)

Đặc điểm cận lâm sàng		n	%
Bạch cầu	Bình thường (4-10G/L)	64	68,1
	Tăng cao (>10 G/L)	25	26,6
	Giảm (<4 G/L)	5	5,3
	$\bar{X} \pm SD$, G/L	$8,1 \pm 1,9$	
Bạch cầu ái toan	Bình thường (0,4-8,4%)	74	78,7
	Tăng (>8,4%)	20	21,3
	$\bar{X} \pm SD$, %	$5,7 \pm 2,2$	
	Giảm (nam <13g/dL; nữ <12g/dL)	72	76,6
Hemoglobin	Bình thường (nam: 13 - 18g/dL, nữ 12 - 16g/dL)	16	17,0
	Tăng (nam >18 g/dL; nữ >16 g/dL)	6	6,4
	$\bar{X} \pm SD$, g/dL	$13,1 \pm 1,9$	
	Bình thường (10-40 IU/L)	80	85,1
AST	Tăng (>40 IU/L)	14	14,9
	$\bar{X} \pm SD$, IU/L	$32,9 \pm 14,6$	
	Bình thường (10-40 IU/L)	81	86,2
ALT	Tăng (>40 IU/L)	13	13,8
	$\bar{X} \pm SD$, IU/L	$19,4 \pm 12,3$	
	Bình thường (10-40 IU/L)	81	86,2

Bảng 2 cho thấy có 16% bệnh nhân có mức IgE huyết thanh bình thường; 84,0% có mức IgE huyết thanh cao, trung bình nồng độ IgE huyết thanh là $1067,726 \pm 1466,142$ IU/ml.

Bảng 2. Kết quả xét nghiệm nồng độ

IgE huyết thanh (n=94)

Đặc điểm	n	%
Bình thường	15	16,0
Tăng	79	84,0
X $\pm$ SD, IU/ml	1067,726 $\pm$ 1466,142	

Bảng 3 cho thấy không có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa các yếu tố lâm sàng như mức độ ngứa, mức độ thương tổn, mức độ hoạt động bệnh và thời gian mắc bệnh với nồng độ huyết thanh IgE, với hệ số tương quan Rh0 dao động từ 0,11 đến 0,20 và p>0,05.

Bảng 3. Tương quan Spearman giữa mức độ ngứa, mức độ thương tổn, mức độ hoạt động, và thời gian mắc bệnh với nồng độ IgE huyết thanh

Đặc điểm	IgE	
	Rh0	p
Mức độ ngứa (theo PNRS)	0,19	0,39
Mức độ thương tổn (theo IGA-CPG stage)	0,15	0,74
Mức độ hoạt động bệnh (theo IGA-CPG activity)	0,20	0,62
Thời gian mắc bệnh	0,11	0,76

Bảng 4 cho thấy không có sự khác biệt về nồng độ IgE toàn phần huyết thanh theo các nhóm bạch cầu ái toan (p>0,05).

Bảng 4. Mối liên quan giữa nồng độ IgE toàn phần huyết thanh và bạch cầu ái toan

Bạch cầu ái toan	IgE bình thường (n=15)		IgE cao (n=79)		Tổng (n=94)		p*
	n	%	n	%	n	%	
Bình thường (0,4-8,4%)	13	17,6	61	82,4	74	78,7	0,513
Tăng (>8,4%)	2	10,0	18	90,0	20	21,3	
Tổng	15	16,0	79	84,0	94	100,0	

*Fisher's exact test

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 94 trẻ em mắc sẩn ngứa với 84,5% có mức IgE cao. Mặc dù hầu hết bệnh nhân có mức độ ngứa nhiều và mức độ thương tổn từ trung bình đến nặng, không có mối tương quan ý nghĩa giữa nồng độ IgE với các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng khác như mức độ ngứa, thương tổn, thời gian mắc bệnh và nồng độ bạch cầu ái toan.

Kết quả xét nghiệm tổng phân tích bạch cầu ở trẻ em mắc sẩn ngứa cung cấp thông tin quan trọng về phản ứng viêm và đáp ứng miễn dịch liên quan đến bệnh lý này. Sẩn ngứa có liên quan đến nhiều yếu tố miễn dịch và viêm nhiễm, đặc biệt ở những trẻ có tiền sử mắc các bệnh dị ứng như viêm da cơ địa. Trong nghiên cứu này, hầu hết các bệnh nhân có số lượng bạch cầu

trong giới hạn bình thường, với 68,1% trong khoảng 4-10 G/L. Tuy nhiên, tỷ lệ bạch cầu tăng cao (26,6%) cho thấy có sự tham gia của hệ miễn dịch và phản ứng viêm ở một số bệnh nhân. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng sẩn ngứa có liên quan đến sự mất cân bằng miễn dịch và quá trình viêm. Việc sử dụng interferon- γ để điều chỉnh sự mất cân bằng lympho bào trong các trường hợp sẩn ngứa đã khẳng định vai trò của hệ miễn dịch trong quá trình điều trị bệnh.² Trong các nghiên cứu về các bệnh lý viêm da liên quan như sẩn ngứa ánh sáng (actinic prurigo), số lượng bạch cầu cũng có thể thay đổi theo phản ứng miễn dịch. Nghiên cứu đã chỉ ra sự tăng cường hoạt động của hệ miễn dịch và sự phản ứng của các tự kháng thể, mặc dù không chỉ tiết về số lượng bạch cầu. Bên cạnh đó, mức ALT và AST ở phần lớn bệnh nhân nằm trong giới hạn bình thường, chỉ một số ít có tăng nhẹ, cho thấy chức năng gan không bị ảnh hưởng đáng kể bởi bệnh lý này.

Mức IgE huyết thanh tăng cao được ghi nhận ở 84% bệnh nhân, trung bình IgE là 1067,7 $\pm$ 1466,1 IU/ml, điều này cho thấy vai trò của phản ứng quá mẫn IgE trong bệnh sinh của sẩn ngứa. Mức IgE cao là dấu hiệu thường gặp ở các bệnh nhân có tiền sử dị ứng hoặc các bệnh lý liên quan đến cơ chế miễn dịch Th2, chẳng hạn như viêm da cơ địa hay hen suyễn.⁸ Ở trẻ em, tình trạng sẩn ngứa thường liên quan đến các phản ứng dị ứng, trong đó IgE đóng vai trò chính. Mức độ IgE cao liên quan đến các kháng nguyên côn trùng, chẳng hạn như muỗi *Culex pipiens*, đã được quan sát thấy ở trẻ em mắc sẩn ngứa strophulus, cho thấy có sự mẫn cảm với các vết cắn của côn trùng.¹³ Ngoài ra, nghiên cứu cho thấy các dị nguyên từ môi trường có vai trò quan trọng trong việc duy trì và làm nặng thêm bệnh sẩn ngứa ở trẻ em. Sự mẫn cảm với các dị nguyên như mạt bụi và muỗi đã được xác định qua các xét nghiệm da. Mức IgE cao thường được coi là dấu hiệu cho thấy sự mẫn cảm này.¹⁴ Trong trường hợp của sẩn ngứa actinic, mức IgE huyết thanh tăng cao có liên quan đến mức độ thương tổn trung bình đến nặng.⁸

Nghiên cứu còn một số hạn chế cần lưu ý. Đầu tiên, cỡ mẫu nghiên cứu tuy vừa đủ nhưng còn khá nhỏ, đặc biệt là nhóm bệnh nhân có nồng độ IgE bình thường, dẫn đến khó khăn trong việc so sánh và tìm ra mối liên hệ chính xác giữa nồng độ IgE và các yếu tố lâm sàng. Thứ hai, nghiên cứu không xem xét đầy đủ các yếu tố khác có thể ảnh hưởng đến mức độ IgE như di truyền, môi trường sống và tình trạng dị ứng của các thành viên trong gia đình. Cuối

cùng, đây là nghiên cứu cắt ngang, do đó không thể xác định được mối quan hệ nhân quả giữa nồng độ IgE và diễn tiến bệnh.

V. KẾT LUẬN

Trong bệnh sẩn ngứa trẻ em, các chỉ số cận lâm sàng thường quy ít thay đổi. Nồng độ IgE huyết thanh có tăng cao nhưng không có mối tương quan với mức độ ngứa, mức độ thương tổn và mức độ hoạt động bệnh.

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn các quý đồng nghiệp, các cán bộ của Phòng kế hoạch tổng hợp, Phòng công nghệ thông tin, Khoa chẩn đoán hình ảnh, Khoa xét nghiệm, Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Da liễu Trung ương đã giúp chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kwon CD, Khanna R, Williams KA, Kwatra MM, Kwatra SG.** Diagnostic Workup and Evaluation of Patients with Prurigo Nodularis. *Med Basel Switz.* 2019;6(4):97. doi:10.3390/medicines6040097
2. **Belzberg M, Alphonse MP, Brown I, et al.** Prurigo Nodularis Is Characterized by Systemic and Cutaneous T Helper 2 Immune Polarization. *J Invest Dermatol.* 2021;141(9):2208-2218.e14. doi:10.1016/j.jid.2021.02.749
3. **Cornman HL, Deng J, Kambala A, Parthasarathy V, Reddy SV, Kwatra SG.** Clinical utility of peripheral blood laboratory testing in the diagnostic workup of prurigo

- nodularis: A multicenter cohort study. *JAAD Int.* 2023;13:74-82. doi:10.1016/j.jdin.2023.07.015
4. **Matsuo S, Yamazaki Y, Yoshii Y, Satoh T.** Prurigo in a patient with psoriasis. *J Dtsch Dermatol Ges J Ger Soc Dermatol JDDG.* 2020;18(6):631-633. doi:10.1111/ddg.14109
5. **Sm M, Khand A.** Quantitative and qualitative changes in leukocytes of psoriatic patients. *Pakistan Journal of Physiology* 01/01 2011;7(1):40-3.
6. **Morss-Walton PC, Greif C, Holcomb ZE, et al.** Treatment of hidradenitis suppurativa resolves associated hematologic abnormalities. *Int J Womens Dermatol.* 2022;8(1):e011. doi:10.1097/JW9.000000000000011
7. **Parthasarathy V, Lee K, Deng J.** Sleep disturbance in adults with prurigo nodularis is associated with increased circulating C-reactive protein levels and adverse cardiovascular outcomes. *J Am Acad Dermatol.* 2022;87(3):AB111.
8. **Cuevas-Gonzalez JC, Lievanos-Estrada Z, Vega-Memije ME, Hojyo-Tomoka MT, Dominguez-Soto L.** Correlation of serum IgE levels and clinical manifestations in patients with actinic prurigo. *An Bras Dermatol.* 2016;91(1):23-26. doi:10.1590/abd1806-4841.20163941
9. **Sonkoly E.** Reversal of the disease signature in prurigo nodularis by blocking the itch cytokine. *J Allergy Clin Immunol.* 2022;149(4):1213-1215. doi:10.1016/j.jaci.2022.02.009
10. **Yosipovitch G, Reaney M, Mastey V, et al.** Peak Pruritus Numerical Rating Scale: psychometric validation and responder definition for assessing itch in moderate-to-severe atopic dermatitis. *Br J Dermatol.* 2019;181(4):761-769. doi:10.1111/bjd.17744

SỰ THAY ĐỔI NỒNG ĐỘ MALONDIALDEHYDE TRONG NƯỚC BỌT SAU NHỔ RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI LỆCH NGẦM KHÔNG TRIỆU CHỨNG

Võ Trọng Diễm¹, Huỳnh Công Nhật Nam¹, Nguyễn Thị Bích Lý¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Malondialdehyde (MDA) là sản phẩm chính của quá trình peroxy hóa lipid, có giá trị quan trọng trong chẩn đoán và theo dõi các bệnh vùng miệng. Trong nghiên cứu trước, chúng tôi đã khám phá ra nồng độ MDA trong bao răng, mô nướu và nước bọt ở bệnh nhân có duy nhất một răng khôn hàm dưới lệch ngầm (RKHDLN) không triệu chứng. Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiếp tục đánh giá sự thay đổi nồng độ MDA nước bọt sau nhổ răng ở những bệnh nhân này và so sánh với nhóm không có RKHDLN không triệu chứng, qua đó xác định nước bọt

có phải là phương tiện tốt để đánh giá nồng độ chỉ dẫn sinh học của stress oxy hóa hay không? **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 48 đối tượng chia thành 2 nhóm gồm bệnh nhân có 1 RKHDLN không triệu chứng và tình nguyện viên không có răng lệch ngầm. Lấy mẫu nước bọt ở tất cả các đối tượng (trước nhổ ở có nhóm có RKHDLN) để đánh giá nồng độ MDA. Một tháng sau nhổ, nhóm có RKHDLN được lấy mẫu nước bọt để đánh giá thay đổi stress oxy hóa. **Kết quả:** Bệnh nhân có RKHDLN không triệu chứng có nồng độ MDA nước bọt cao hơn so với nhóm chứng khỏe mạnh với khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). Ở nhóm có RKHDLN, ghi nhận nồng độ MDA giảm đáng kể 1 tháng sau nhổ và không khác biệt so với tình nguyện viên không có răng lệch ngầm. **Kết luận:** Nồng độ MDA nước bọt cao hơn ở người có 1 RKHDLN không triệu chứng, nhưng nồng độ này giảm đáng kể 1 tháng sau nhổ. Giảm lượng lớn chỉ dẫn sinh học stress oxy hóa có thể gợi ý nhổ RKHDLN mặc dù không có triệu chứng.

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Bích Lý

Email: ntbly@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 10.4.2025