

tốt nhất có thể. Các can thiệp y tế và tâm lý xã hội nên được thực hiện để giải quyết các vấn đề về sức khỏe thể chất, tinh thần, và giúp bệnh nhân tái hòa nhập cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bravata DM, Olkin I, Barnato AE, Keeffe EB, Owens DK.** Health-related quality of life after liver transplantation: A meta-analysis. *Liver Transpl Surg.* 1999;5(4):318–31.
2. **Yang LS, Shan LL, Saxena A, Morris DL.** Liver transplantation: a systematic review of long-term quality of life. *Liver Int.* 2014;34(9):1298–313.
3. **Ayu* P, Sebba AK.** Quality of life in patients after liver transplantation: A literature of review. *Ann Hepato-Biliary-Pancreat Surg.* 2021 Jun 30;25(1):S262–S262.
4. **Åberg F.** Quality of life after liver transplantation. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2020;46–47:101684.
5. **Girgenti R, Tropea A, Buttafarro MA, Ragusa R, Ammirata M.** Quality of Life in Liver Transplant Recipients: A Retrospective Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 May 27;17(11):3809.
6. **Onghena L, Develtere W, Poppe C, Geerts A, Troisi R, Vanlander A, et al.** Quality of life after liver transplantation: State of the art. *World J Hepatol.* 2016 Jun 28;8(18):749–56.
7. **Pérez-San-Gregorio MA, Martín-Rodríguez A, Pérez-Bernal J, Maldonado MD.** Quality of life in spanish patients with liver transplant. *Clin Pract Epidemiol Ment Health CP EMH.* 2010 Aug 27;6:79–85.

NỒNG ĐỘ INTERLEUKIN-18, INTERLEUKIN-22 Ở CÁC BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG STEVENS-JOHNSON, HOẠI TỬ THƯƠNG BÌ NHIỄM ĐỘC

Trần Thị Huyền^{1,2}, Nguyễn Ngọc Minh Anh¹

TÓM TẮT

Hội chứng Stevens-Johnson (SJS) và hoại tử thượng bì nhiễm độc (TEN) là những bệnh lý da-niêm mạc nặng, đặc trưng bởi tình trạng hoại tử tế bào sừng và bóc tách thượng bì. Interleukin-18 (IL-18) được sản xuất nhiều bởi tế bào sừng và có vai trò trong phản ứng viêm. Interleukin-22 (IL-22) được tế bào Th17 tiết ra, tác động chủ yếu lên các tế bào biểu mô. Nghiên cứu mô tả cắt ngang này được thực hiện nhằm đánh giá vai trò của IL-18 và IL-22 ở các bệnh nhân SJS/TEN. Nồng độ IL-18 và IL-22 huyết thanh ở các bệnh nhân SJS/TEN và người khỏe mạnh được đo bằng kỹ thuật hấp phụ miễn dịch vi hạt đánh dấu huỳnh quang. Kết quả nghiên cứu trên 22 bệnh nhân SJS, 39 bệnh nhân TEN và 18 người khỏe mạnh cho thấy nồng độ IL-18 ở nhóm TEN có trung vị là 2,997 pg/ml (khoảng tứ phân vị 1,957 - 5,171 pg/ml), cao hơn so với nhóm SJS (trung vị 1,957 pg/ml, khoảng tứ phân vị 1,831 - 3,266 pg/ml) ($p=0,042$). Nồng độ IL-18 ở nhóm TEN cao hơn so với nhóm khỏe mạnh (trung vị 1,957 pg/ml, khoảng tứ phân vị 0,965 - 2,997 pg/ml) ($p=0,007$). Nồng độ IL-18 có tương quan với diện tích da tổn thương ở các bệnh nhân SJS/TEN ($r=0,326$ và $p=0,010$). Nồng độ IL-18 và IL-22 có mối tương quan ở các bệnh nhân TEN ($r=0,375$ và $p=0,019$). IL-18 có thể có vai trò trong cơ chế bệnh sinh của SJS/TEN, đặc biệt là TEN.

Từ khóa: Hoại tử thượng bì nhiễm độc, hội chứng Steven-Johnson, interleukin-18, interleukin-22

SUMMARY

SERUM LEVELS OF INTERLEUKIN-18 AND INTERLEUKIN-22 IN PATIENTS WITH STEVENS-JOHNSON SYNDROME AND TOXIC EPIDERMAL NECROLYSIS

Stevens-Johnson Syndrome (SJS) and Toxic Epidermal Necrolysis (TEN) are severe mucocutaneous disorders characterized by keratinocyte necrosis and epidermal detachment. Interleukin-18 (IL-18) is predominantly produced by keratinocytes and plays a role in the inflammatory response. Interleukin-22 (IL-22) is secreted by Th17 cells and primarily acts on epithelial cells. This cross-sectional study was conducted to evaluate the role of IL-18 and IL-22 in patients with SJS/TEN. Serum levels of IL-18 and IL-22 in SJS/TEN patients and healthy individuals were measured using a fluorescence covalent microbead immunosorbent assay. The study included 22 SJS patients, 39 TEN patients, and 18 healthy individuals. The results showed that IL-18 levels in the TEN group had a median of 2.997 pg/ml (interquartile range: 1.957 - 5.171 pg/ml), which was higher than that in the SJS group (median 1.957 pg/ml, interquartile range: 1.831 - 3.266 pg/ml) ($p=0.042$). IL-18 levels in the TEN group were also higher than those in the healthy group (median 1.957 pg/ml, interquartile range: 0.965 - 2.997 pg/ml) ($p=0.007$). IL-18 levels correlated with the affected body surface area in SJS/TEN patients, with $r=0.326$ ($p=0.010$). Additionally, IL-18 and IL-22 levels were correlated in TEN patients, with $r=0.375$ ($p=0.019$). These findings suggest that IL-18 may play a role in the pathogenesis of SJS/TEN, particularly in TEN.

Keywords: Toxic epidermal necrolysis, Stevens-Johnson syndrome, interleukin-18, interleukin-22.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

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: 18.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.3.2025

Ngày duyệt bài: 25.4.2025

Hội chứng Stevens-Johnson (Stevens-Johnson Syndrome, SJS) và hoại tử thượng bì nhiễm độc (Toxic Epidermal Necrolysis, TEN) là những bệnh lý da-niêm mạc nặng, đặc trưng bởi tình trạng hoại tử tế bào sừng và bóc tách thượng bì. Thuốc chống động kinh, thuốc điều trị tăng acid uric máu và kháng sinh là những nguyên nhân phổ biến nhất của SJS/TEN. Bệnh đặc trưng bởi phản ứng miễn dịch qua trung gian, thuộc nhóm quá mẫn type IV và do tế bào T CD8+ giữ vai trò chính trong cơ chế bệnh sinh¹. Mức độ tổn thương da là một yếu tố quan trọng để tiên lượng bệnh, Bastuji-Garin và cộng sự đã đề xuất phân loại bệnh nhân thành ba nhóm dựa trên mức độ bong tróc da gồm: SJS với diện tích da tổn thương dưới 10%, overlap SJS-TEN với diện tích da tổn thương từ 10 đến 30% và TEN với diện tích da tổn thương trên 30%.² Các khuyến cáo hiện nay ủng hộ cho việc sử dụng corticosteroid, cyclosporine, immunoglobulin và lọc huyết tương trong điều trị SJS/TEN. Tuy nhiên, các phương pháp này chủ yếu dựa vào cơ chế ức chế hệ miễn dịch chung nên không đặc hiệu trong phản ứng viêm toàn thân của SJS/TEN. Nhiều nghiên cứu chỉ ra không có sự khác biệt đáng kể trong hiệu quả giữa các khuyến cáo này¹.

Interleukin-18 (IL-18) là một cytokine thuộc họ interleukin-1, được tiết ra thường xuyên, kể cả ở người khỏe mạnh. IL-18 có trong các tế bào đơn nhân máu ngoại vi, bạch cầu đơn nhân, đại thực bào. Ngoài ra, IL-18 còn có mặt ở các tế bào biểu mô như tế bào sừng, tế bào biểu mô ruột. Nồng độ IL-18 cao trong các tế bào này gợi ý cho việc giải phóng IL-18 diễn ra ở giai đoạn đầu của quá trình viêm.³ Thụ thể của IL-18 (IL-18R) có mặt trên tế bào sừng cho thấy IL-18 do tế bào sừng tiết ra có thể hoạt động theo cơ chế tự tiết hoặc cận tiết lên các tế bào sừng xung quanh.⁴ Interleukin-22 (IL-22) là một cytokine do tế bào Th17 tiết ra. IL-22 chỉ tác động lên các dòng tế bào biểu mô và thường được biết đến như một cytokine bảo vệ mô nhờ khả năng kích thích sản xuất các chất trung gian kháng khuẩn và kháng viêm từ tế bào biểu mô, cũng như thúc đẩy quá trình tái tạo biểu mô và làm lành vết thương.⁵ IL-18 và IL-22 đóng vai trò quan trọng trong sự cân bằng giữa phản ứng viêm và bảo vệ ở hàng rào tế bào biểu mô. IL-18 có khả năng hoạt hóa trực tiếp con đường tín hiệu STAT3, từ đó có thể làm tăng sản xuất IL-22. Ngược lại, IL-22 cũng có khả năng tăng tiết IL-18 ở tế bào sừng. Sự tương tác giữa hai cytokine này có ý nghĩa đặc biệt trong điều hòa miễn dịch.³ Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm xác định vai trò

của IL-18 và IL-22 trong cơ chế bệnh sinh của SJS/TEN, đồng thời đánh giá tương tác giữa IL-18 và IL-22 trong nhóm bệnh này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên các bệnh nhân SJS/TEN điều trị nội trú tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 3/2018 tới tháng 05/2024.

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Nhóm SJS/TEN

Tiêu chuẩn chẩn đoán. Dựa theo các đặc điểm lâm sàng: bệnh nhân có tiền sử dùng thuốc nghi ngờ gây dị ứng hoặc không, thời gian từ khi dùng thuốc tới khi khởi phát phù hợp; có các tiền triệu (sốt, mệt mỏi, viêm long đường hô hấp trên); có thương tổn da và/hoặc niêm mạc điển hình: loét, hoại tử các niêm mạc, các dát thâm màu, hoại tử, bong nước bùng nhùng trên da, dễ vỡ, tạo thành các vết trợt rộng.

Chẩn đoán SJS, TEN hay overlap SJS/TEN dựa theo phân loại của Bastuji-Garin, do ít nhất hai bác sỹ chuyên khoa thăm khám, nhận định chẩn đoán độc lập như sau: 1) SJS với thương tổn hoại tử thượng bì (bong nước, trợt da) dưới 10% diện tích cơ thể, các dát đỏ, ngứa, hình bia bản không điển hình bằng phẳng với da lành; 2) Overlap SJS/TEN khi diện tích hoại tử thượng bì từ 10-30% với các dát đỏ, ngứa, hình bia bản không điển hình bằng phẳng với da lành; 3) TEN với diện tích hoại tử thượng bì trên 30% diện tích cơ thể, không có các dát nhỏ riêng rẽ, không có hình bia bản.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định SJS/TEN; độ tuổi bất kỳ; cả nam và nữ; bệnh nhân hoặc người đại diện hợp pháp của bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, có ký vào bản chấp thuận.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân bị nhiễm khuẩn huyết (có procalcitonin máu >2 ng/ml và/hoặc cấy máu dương tính); bị suy giảm miễn dịch.

2.1.2. Nhóm chứng khỏe mạnh. Có 18 người khỏe mạnh làm nhóm chứng. Đây là các nhân viên y tế và các đối tượng tới kiểm tra sức khỏe. Những người này không có tiền sử dị ứng thuốc, không bị các bệnh nhiễm khuẩn, dị ứng (viêm mũi xoang, mày đay, viêm kết mạc mùa xuân, hen phế quản) hay các bệnh nội, ngoại khoa khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Phương pháp tiến cứu, mô tả cắt ngang. Các đối tượng được chọn vào mẫu nghiên cứu thuận tiện theo trình tự thời gian. Cỡ mẫu thuận lợi, gồm 22 bệnh nhân SJS, 39 bệnh nhân TEN và 18 người khỏe mạnh. Các bệnh nhân được hỏi bệnh,

khám bệnh theo bệnh án nghiên cứu, tính điểm SCORTEN (SCORE for toxic epidermal necrolysis) đánh giá mức độ bệnh.

Lưu huyết thanh: Thực hiện sau khi có sự đồng thuận của người bệnh hoặc của người đại diện hợp pháp, ký vào bản chấp thuận. Mỗi bệnh nhân SJS/TEN và người khỏe mạnh được lấy 04 ml máu để tách huyết thanh, lấy vào ống không có chất chống đông. Các mẫu máu được đặt ở nhiệt độ phòng 10-20 phút, sau đó ly tâm 20 phút với tốc độ 2000-3000 vòng/phút, tách chiết huyết thanh và bảo quản ở nhiệt độ -80°C trước khi làm xét nghiệm các cytokin huyết thanh.

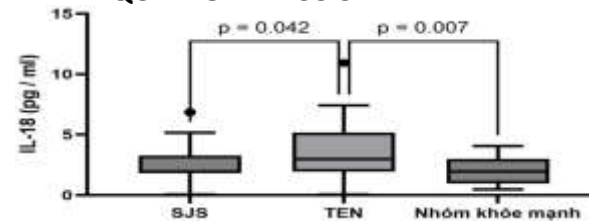
Sử dụng kỹ thuật hấp phụ miễn dịch vi hạt đánh dấu huỳnh quang (fluorescence covalent microbead immunosorbent assay, ProcartaPlex Immunoassay Panels kit, Thermo Fisher Scientific, USA, Lot number: 383972-001) phát hiện đồng thời nhiều cytokin trong đó có IL-18 và IL-22. Cytokin được phát hiện bằng phản ứng miễn dịch huỳnh quang kiểu "sandwich" trên bề mặt các vi hạt từ. Bề mặt của vi hạt được gắn sẵn các phân tử kháng thể đơn dòng đặc hiệu với một quyết định kháng nguyên trên phân tử cytokin. Khi ủ mẫu xét nghiệm với hạt phủ kháng thể, các phân tử cytokin sẽ bị kháng thể đặc hiệu bắt giữ và bám vào bề mặt hạt. Sau đó, thêm kháng thể đơn dòng thứ hai đặc hiệu với một quyết định kháng nguyên khác của cytokin đã gắn biotin, tạo thành phức hợp miễn dịch gồm phân tử cytokin kẹp giữa hai kháng thể đơn dòng. Cuối cùng, phức hợp SA-PE (Streptavidin-Phycoerythrin) được thêm vào sẽ gắn vào kháng thể đơn dòng thứ hai qua tương tác SA-biotin. Dưới tác động của tia laser bước sóng tử ngoại, PE sẽ phát ra ánh sáng huỳnh quang, chứng tỏ cytokin có mặt trong mẫu xét nghiệm. Lượng PE gắn vào tỷ lệ thuận với lượng kháng thể thứ hai, hay lượng cytokin có trên bề mặt hạt từ. Dựa vào mật độ huỳnh quang phát ra từ các hạt được ủ với nồng độ cytokin cho phép định lượng được cytokin. Các dung dịch pha mẫu, dung dịch pha sinh phẩm, dung dịch rửa do hãng R&D, Mỹ, sản xuất và cung cấp. Hệ thống Luminex-200 và phần mềm điều khiển đi kèm (hãng Luminex, Mỹ, chế tạo và cài đặt) được sử dụng. Xét nghiệm được thực hiện tại Bộ môn Miễn dịch-Học viện Quân y.

Các số liệu được kiểm tra và chuẩn hóa trước khi nhập. Phần mềm IBM SPSS Statistics 20 và GraphPad Prism 10 được sử dụng để phân tích số liệu và thiết kế các biểu đồ. Test Kruskal-Wallis và test Dunn được sử dụng để so sánh hai biến định lượng phân phối không chuẩn ở 3

nhóm. Test Spearman Rank Correlation để đánh giá tương quan giữa hai biến định lượng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

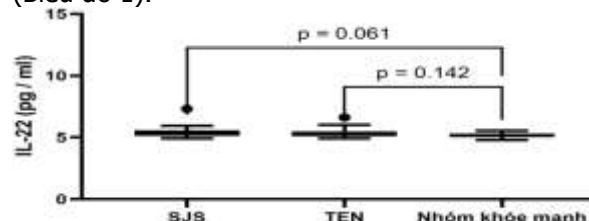
2.3. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu viên đảm bảo thực hiện quy trình phù hợp với tuyên ngôn Helsinki về đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức về nghiên cứu y sinh, Trường Đại học Y Hà Nội, theo quyết định số 04NCS17/HĐĐĐ-ĐHYHN, ngày 08 tháng 02 năm 2018.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



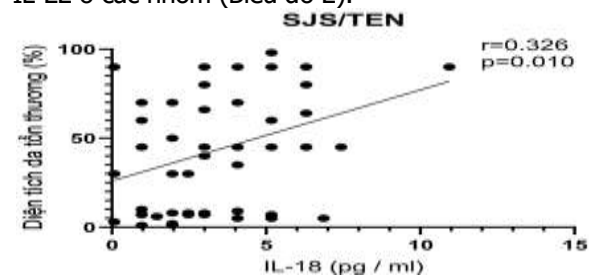
Biểu đồ 1. So sánh nồng độ IL-18 giữa các nhóm

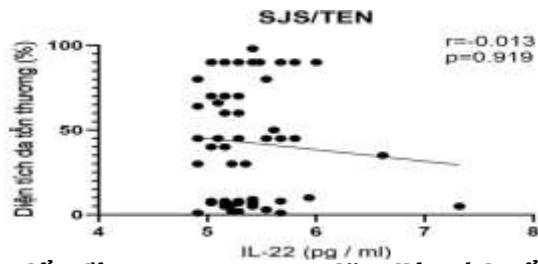
Nồng độ IL-18 ở nhóm TEN có trung vị là 2,997 pg/ml (khoảng tứ phân vị: 1,957 - 5,171 pg/ml) cao hơn so với nhóm SJS (trung vị 1,957 pg/ml, khoảng tứ phân vị: 1,831 - 3,266 pg/ml), kết quả có ý nghĩa thống kê với $p = 0,042$. Nồng độ IL-18 ở nhóm TEN cao hơn so với nhóm khỏe mạnh (trung vị 1,957 pg/ml, khoảng tứ phân vị: 0,965 - 2,997 pg/ml), kết quả có ý nghĩa thống kê với $p = 0,007$. Không có sự khác biệt giữa nồng độ IL-18 ở nhóm SJS và nhóm khỏe mạnh (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 2. So sánh nồng độ IL-22 giữa các nhóm

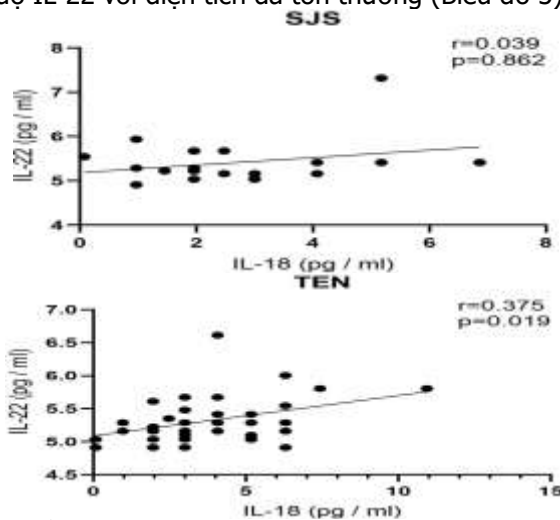
Nồng độ IL-22 ở nhóm SJS có trung vị là 5,288 pg/ml (khoảng tứ phân vị: 5,131 - 5,577 pg/ml), ở nhóm TEN có trung vị là 5,288 pg/ml (khoảng tứ phân vị: 5,099 - 5,480 pg/ml), nhóm khỏe mạnh có trung vị là 5,162 pg/ml (khoảng tứ phân vị: 5,037 - 5,288 pg/ml). Không có sự khác biệt giữa nồng độ IL-22 ở các nhóm (Biểu đồ 2).





Biểu đồ 3. Tương quan giữa diện tích tổn thương da và nồng độ IL-18, IL-22

Nồng độ IL-18 có tương quan với diện tích da tổn thương ở các bệnh nhân SJS/TEN, kết quả có ý nghĩa thống kê với $r=0,326$ và $p=0,010$. Không có mối tương quan giữa nồng độ IL-22 với diện tích da tổn thương (Biểu đồ 3).



Biểu đồ 4. Tương quan giữa nồng độ IL-18 và IL-22 ở các nhóm

Nồng độ IL-18 và IL-22 có mối tương quan ở các bệnh nhân TEN, kết quả có ý nghĩa thống kê với $r=0,375$ và $p=0,019$. Ở các bệnh nhân SJS, không có mối tương quan giữa nồng độ IL-18 và IL-22 (Biểu đồ 4).

IV. BÀN LUẬN

Nồng độ IL-18 huyết thanh cao hơn ở nhóm TEN cho thấy vai trò của cytokine này trong cơ chế bệnh sinh. Ngoài ra diện tích da tổn thương có mối tương quan với nồng độ IL-18, điều này ủng hộ thêm cho vai trò của IL-18 trong cơ chế bệnh sinh SJS/TEN, đặc biệt ở các bệnh nhân TEN. IL-18 có hai chức năng sinh học chính: (1) tác dụng hiệp đồng với IL-2, IL-12 kích thích tế bào Th1 sản xuất interferon gamma (IFN- γ) và (2) trực tiếp kích thích sản xuất yếu tố hoại tử u alpha (TNF- α), IL-1 β , Fas phối tử (ligand) (FasL) góp phần vào quá trình viêm.⁴ Nghiên cứu trước đây của chúng tôi cho thấy nồng độ IFN- γ ở nhóm TEN cao hơn so với nhóm SJS và nồng độ

IFN- γ có mối tương quan với diện tích da tổn thương.⁶ Kết quả này phù hợp với nghiên cứu hiện tại của chúng tôi, gợi ý vai trò của trục IL-18/IFN- γ của tế bào Th1 trong cơ chế bệnh sinh của SJS/TEN. IL-18 có thể là một dấu ấn sinh học dùng để đánh giá mức độ tổn thương cũng như tiên lượng ở các bệnh nhân SJS/TEN.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ IL-22 huyết thanh ở nhóm SJS và TEN không cao hơn so với nhóm khỏe mạnh và nồng độ IL-22 không có mối tương quan với diện tích da tổn thương. IL-22 đóng vai trò quan trọng trong phản ứng viêm và hỗ trợ hồi phục tổn thương. Nhiều nghiên cứu về nồng độ IL-22 ở các bệnh lý da khác như mày đay, viêm da cơ địa, viêm da tiếp xúc cho thấy nồng độ IL-22 tăng cao ở nhóm bệnh nhân và tương quan với mức độ nặng của bệnh.⁷ Điều này có thể được giải thích bởi tế bào Th17 thường xâm nhập da sau khởi phát phản ứng thuốc từ 12 đến 21 ngày,⁸ nghiên cứu của chúng tôi chỉ thực hiện đánh giá mẫu cắt ngang nồng độ IL-22 huyết thanh nên chưa đánh giá được sự thay đổi theo thời gian. Nghiên cứu của Yoshioka và cộng sự cho thấy không có sự khác biệt giữa số lượng tế bào Th17 giữa các bệnh nhân SJS/TEN và nhóm chứng khỏe mạnh do không có mốc thời gian lấy mẫu cụ thể trong thời gian diễn biến bệnh. Tế bào Th17 và các cytokine (IL-17, IL-21, IL-22) có thể không hữu ích trong vai trò dấu ấn sinh học ở giai đoạn sớm của bệnh.⁸ Ngoài ra, IL-22 đã được chứng minh có vai trò trong cơ chế bệnh sinh của nhiều bệnh lý da khác nên có thể ảnh hưởng đến độ đặc hiệu trong đánh giá ở các bệnh nhân SJS/TEN.

Kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối tương quan giữa nồng độ IL-18 và nồng độ IL-22 ở các bệnh nhân TEN. Ở các bệnh nhân SJS, không có mối tương quan giữa nồng độ hai cytokine này. IL-18 chủ yếu được sản xuất bởi các tế bào đơn nhân máu ngoại vi, đại thực bào, bạch cầu đơn nhân và các tế bào biểu mô, tác động chủ yếu đến các tế bào T hỗ trợ.⁴ Ngược lại, IL-22 được sản xuất bởi các tế bào T hỗ trợ (chủ yếu là Th17) và tác động lên các tế bào biểu mô.⁷ Điều này có thể tạo điều kiện cho việc hình thành một phản hồi dương tính, làm nặng thêm tình trạng tổn thương da ở các bệnh nhân TEN.

Nghiên cứu của chúng tôi của chúng tôi có hạn chế là chỉ đánh giá nồng độ IL-18, IL-22 huyết thanh, chưa đánh giá ở dịch bọt nước, điều này có thể làm cho kết quả phản ánh chưa hoàn toàn vai trò của IL-18 và IL-22 trong cơ chế bệnh sinh của SJS/TEN. Tuy nhiên, kết quả ban đầu của nghiên cứu cho thấy vai trò của IL-18 và mối tương quan của IL-18 và IL-22 trong

cơ chế bệnh sinh của nhóm bệnh này.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ IL-18 cao hơn trong nhóm TEN, có mối tương quan giữa diện tích da tổn thương và nồng độ IL-18 ở các bệnh nhân SJS/TEN gợi ý vai trò của IL-18 trong cơ chế bệnh sinh. IL-18 có thể là một dấu ấn sinh học giúp tiên lượng mức độ tổn thương da. Có mối liên quan giữa nồng độ IL-18 và IL-22 ở các bệnh nhân TEN.

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn các quý đồng nghiệp ở Bệnh viện Da liễu Trung ương đã giúp đỡ chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ogiji ED, Aboheimed N, Ross K, et al.** Greater mechanistic understanding of the cutaneous pathogenesis of Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis can shed light on novel therapeutic strategies: a comprehensive review. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2024;24(4):218-227. doi:10.1097/ACI.0000000000000993
2. **Harr T, French LE.** Toxic epidermal necrolysis and Stevens-Johnson syndrome. *Orphanet J Rare*

- Dis. 2010;5(1):39. doi:10.1186/1750-1172-5-39
3. **Mühl H, Bachmann M.** IL-18/IL-18BP and IL-22/IL-22BP: Two interrelated couples with therapeutic potential. *Cell Signal.* 2019;63:109388. doi:10.1016/j.cellsig.2019.109388
4. **Wang X, Wang L, Wen X, Zhang L, Jiang X, He G.** Interleukin-18 and IL-18BP in inflammatory dermatological diseases. *Front Immunol.* 2023;14. doi:10.3389/fimmu.2023.955369
5. **Chiang HY, Lu HH, Sudhakar JN, et al.** IL-22 initiates an IL-18-dependent epithelial response circuit to enforce intestinal host defence. *Nat Commun.* 2022;13(1):874. doi:10.1038/s41467-022-28478-3
6. **Trần Thị Huyền, Phạm Đình Hòa, Phạm Thị Lan.** High levels of serum interferon-gamma in patients with Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis. *Journal of Medical Research.* 2020; 127 E6 (3):67-72. doi:10.52852/tcncyh.v152i4.703
7. **Lopez DV, Kongsbak-Wismann M.** Role of IL-22 in homeostasis and diseases of the skin. *APMIS.* 2022;130(6): 314-322. doi:10.1111/apm.13221
8. **Yoshioka M, Sawada Y, Nakamura M.** Diagnostic Tools and Biomarkers for Severe Drug Eruptions. *Int J Mol Sci.* 2021;22(14):7527. doi:10.3390/ijms22147527

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỚI TÌNH TRẠNG VỆ SINH RĂNG MIỆNG TRÊN BỆNH NHÂN SAU XẠ TRỊ UNG THƯ ĐẦU CỔ TẠI BỆNH VIỆN K NĂM 2023-2024

Hà Ngọc Chiêu¹, Lê Thị Thuỳ Linh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan với tình trạng vệ sinh răng miệng trên bệnh nhân sau xạ trị ung thư đầu cổ tại bệnh viện K, năm 2023-2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 156 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, đã xạ trị ung thư đầu cổ từ tháng 02 năm 2023 đến tháng 9 năm 2024. Các bệnh nhân được thăm khám, đánh giá tình trạng vệ sinh răng miệng (bằng chỉ số OHI-S) sau 1 tháng, 2 tháng, 3 tháng và trên 3 tháng. **Kết quả:** Chỉ số OHI-S đánh giá ở mức kém tăng dần theo nhóm tuổi: nhóm 18-34 tuổi có tỷ lệ là 25,0%, nhóm 35-59 tuổi có tỷ lệ là 50,5% và nhóm trên 60 tuổi có tỷ lệ là 56,9%. Tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số OHI-S với mức đánh giá tốt tăng dần theo thời gian sau xạ trị. Nhóm từ 60 tuổi trở lên có tỷ lệ chỉ số OHI-S ở mức trung bình + kém cao gấp 5,5 lần so với nhóm từ 18-34 tuổi; nữ giới có chỉ số OHI-S ở mức trung bình + kém bằng

0,08 lần so với nam giới; Ung thư họng miệng, hạ họng có tỷ lệ OHI-S trung bình + kém bằng 3,72; 3,61 lần ung thư vòm. **Kết luận:** Với bệnh nhân ung thư đầu cổ, chỉ số OHI-S đánh giá ở mức kém tăng dần theo nhóm tuổi nhưng chỉ số này được đánh giá ở mức tốt tăng theo thời gian sau xạ trị; nhóm trên 60 tuổi, bệnh nhân là nữ giới, vị trí xạ trị ung thư họng miệng và hạ họng và một số yếu tố về trình độ học vấn, nghề nghiệp là các yếu tố liên quan với tình trạng vệ sinh răng miệng.

Từ khóa: yếu tố liên quan, ung thư đầu cổ, xạ trị

SUMMARY

STATUS AND RELATED FACTORS ASSOCIATED WITH ORAL HYGIENE IN PATIENTS AFTER RADIOTHERAPY FOR HEAD AND NECK CANCER AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL IN 2023-2024

Objective: This study aims to describe the status and certain factors related to oral hygiene in patients after radiotherapy for head and neck cancer at Vietnam National Cancer Hospital from 2023 to 2024. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 156 patients aged 18 and older who had undergone radiotherapy for head and neck cancer from February 2023 to September 2024.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hà Ngọc Chiêu

Email: ngocchieu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2025

Ngày duyệt bài: 24.4.2025