

có thể không hoàn toàn đại diện cho toàn bộ quần thể bệnh nhân ung thư vú tại Việt Nam. Các hướng nghiên cứu trong tương lai nên tập trung vào các nghiên cứu tiền cứu, đa trung tâm để đánh giá đáp ứng điều trị với T-DXd và tiên lượng dài hạn của bệnh nhân ung thư vú HER2 thấp tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

UTBM tuyến vú xâm nhập bậc I HER2 thấp chủ yếu thuộc tít không đặc biệt, có độ mô học II, có thụ thể nội tiết dương tính và chỉ số Ki-67 cao. Những đặc điểm này tương ứng với đặc điểm của phân nhóm phân tử lòng ống B, một nhóm có nguy cơ tái phát cao hơn sau điều trị nội tiết. Việc xác định chính xác tình trạng HER2 thấp là cực kỳ quan trọng, giúp mở ra lựa chọn điều trị có hiệu quả cao cho rất nhiều BN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J,

Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2024;74(3):229-63.

2. Liu C-G, Li Y-F, Ma T-Y, Lv M, Lv Z-D, Wang Y-Y, et al. Clinicopathological characteristics and prognosis of early-stage HER2 low-expression breast cancer: a single-center retrospective study. Frontiers in Oncology. 2023;13:1130734.
3. Won HS, Ahn J, Kim Y, Kim JS, Song J-Y, Kim H-K, et al. Clinical significance of HER2-low expression in early breast cancer: a nationwide study from the Korean Breast Cancer Society. Breast Cancer Research. 2022;24(1):22.
4. Xu H, Han Y, Wu Y, Wang Y, Li Q, Zhang P, et al. Clinicopathological characteristics and prognosis of HER2-low early-stage breast cancer: a single-institution experience. Frontiers in oncology. 2022;12:906011.
5. Yang M, Sun J, Liu L, Kong X, Lin D, Zhou H, et al. Clinicopathological characteristics of HER2-low breast cancer: a retrospective study. Scientific Reports. 2023;13(1):12382.

NỒNG ĐỘ VITAMIN D HUYẾT THANH Ở BỆNH NHÂN VIÊM DA TIẾT BÃ

Mạc Nhi Trân¹, Văn Thế Trung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định nồng độ vitamin D huyết thanh ở bệnh nhân viêm da tiết bã và mối liên quan giữa nồng độ này với mức độ nặng của bệnh. **Đôi tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, thực hiện trên 45 bệnh nhân viêm da tiết bã và 45 người chứng khỏe mạnh tại **Bệnh viện Da Liễu TP.HCM**. Nồng độ 25(OH)D được đo bằng phương pháp miễn dịch điện hóa phát quang (ECLIA). Mức độ nặng bệnh được đánh giá bằng thang điểm SDASI. Sử dụng kiểm định Mann-Whitney U, Chi bình phương và hệ số tương quan Spearman để phân tích thống kê. **Kết quả:** Nồng độ vitamin D huyết thanh trung vị ở nhóm bệnh là 21,9 ng/ml (IQR: 20,1–25,6), thấp hơn nhóm chứng (23,7 ng/ml; IQR: 21,4–29,5) một cách có ý nghĩa thống kê ($p = 0,01$). Tỷ lệ thiếu vitamin D (<20 ng/ml) ở nhóm bệnh là 24,4%, cao hơn nhóm chứng (8,9%) ($p = 0,048$). Có mối tương quan nghịch mức độ trung bình giữa nồng độ vitamin D và điểm SDASI ($r = -0,4$; $p = 0,009$). Bệnh nhân có nồng độ vitamin D <30 ng/ml có điểm SDASI trung bình cao hơn so với nhóm ≥ 30 ng/ml ($p = 0,015$). **Kết luận:** Bệnh nhân viêm da tiết bã có nồng độ vitamin D huyết thanh thấp hơn và tỷ lệ thiếu vitamin D cao hơn so với nhóm chứng khỏe mạnh. Nồng độ vitamin D có liên

quan nghịch với mức độ nặng của bệnh, gợi ý vai trò tiềm năng của vitamin D trong bệnh sinh và diễn tiến lâm sàng của viêm da tiết bã. **Từ khóa:** Viêm da tiết bã, thiếu vitamin D, thang điểm SDASI

SUMMARY

SERUM VITAMIN D LEVEL IN PATIENTS WITH SEBORRHEIC DERMATITIS

Objective: To determine the serum vitamin D levels in patients with seborrheic dermatitis and assess the association between vitamin D levels and disease severity. **Subjects and Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 45 patients with seborrheic dermatitis and 45 healthy controls at the Ho Chi Minh City Hospital of Dermatology and Venereology. Serum 25(OH)D levels were measured using electrochemiluminescence immunoassay (ECLIA). Disease severity was evaluated using the Seborrheic Dermatitis Area Severity Index (SDASI). Statistical analyses included the Mann-Whitney U test, Chi-squared test, and Spearman correlation. **Results:** The median serum vitamin D level in the patient group was 21.9 ng/ml (IQR: 20.1–25.6), significantly lower than that of the control group (23.7 ng/ml; IQR: 21.4–29.5) ($p = 0.01$). The prevalence of vitamin D deficiency (<20 ng/ml) was 24.4% in patients compared to 8.9% in controls ($p = 0.048$). A moderate negative correlation was observed between serum vitamin D levels and SDASI scores ($r = -0.4$; $p = 0.009$). Patients with vitamin D levels <30 ng/ml had significantly higher SDASI scores than those with levels ≥ 30 ng/ml ($p = 0.015$). **Conclusion:** Patients with seborrheic dermatitis had lower serum vitamin D levels and a higher prevalence of deficiency compared

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Văn Thế Trung

Email: trungvan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 16.9.2025

to healthy individuals. Vitamin D levels were inversely correlated with disease severity, suggesting a potential role of vitamin D in the pathogenesis and

Keywords: seborrheic dermatitis, vitamin D deficiency, SDASI score

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm da tiết bã (VDTB) là một bệnh da mạn tính, phổ biến, thường gặp ở cả trẻ nhỏ và người lớn, chiếm tỉ lệ khoảng 1–3% dân số chung, với nam giới mắc bệnh nhiều hơn nữ [1]. Bệnh không gây tử vong nhưng kéo dài, dễ tái phát, gây ngứa và ảnh hưởng thẩm mỹ, từ đó làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh [1].

Cơ chế bệnh sinh của VDTB đến nay vẫn chưa được hiểu rõ hoàn toàn, tuy nhiên nhiều nghiên cứu cho thấy bệnh liên quan đến sự tương tác giữa các yếu tố như rối loạn miễn dịch, hoạt động tuyến bã, sự hiện diện của nấm *Malassezia* và tính nhạy cảm cơ địa [3]. Một số yếu tố đi kèm như rối loạn thần kinh, HIV/AIDS, thay đổi thời tiết theo mùa... cũng góp phần làm bệnh diễn tiến nặng hơn [3].

Vitamin D đã được ghi nhận đóng vai trò điều hòa miễn dịch trong nhiều bệnh lý da như lupus ban đỏ, viêm da cơ địa, vẩy nến, ung thư da, bạch biến và mụn trứng cá [3]. Gần đây, một số nghiên cứu in vitro cho thấy vitamin D và thụ thể của nó được biểu hiện cao tại tuyến bã nhờn, có vai trò điều hòa biệt hóa tế bào sừng, ức chế viêm, điều hòa thành phần lipid và tăng cường hàng rào bảo vệ da [3]. Đặc biệt, tình trạng VDTB thường nặng hơn vào mùa đông và đầu xuân – giai đoạn có ít ánh sáng mặt trời – càng làm tăng mối nghi ngờ về vai trò của vitamin D trong bệnh sinh của bệnh này.

Trên thế giới, đã có những nghiên cứu ghi nhận nồng độ vitamin D huyết thanh ở bệnh nhân VDTB thấp hơn nhóm chứng, đồng thời có mối tương quan nghịch giữa nồng độ này và mức độ nặng của bệnh [5],[8]. Tuy nhiên, tại Việt Nam hiện chưa có nghiên cứu nào đánh giá vấn đề này. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm xác định nồng độ vitamin D huyết thanh ở bệnh nhân viêm da tiết bã và mối liên quan với mức độ nặng của bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu gồm 45 bệnh nhân viêm da tiết bã và 45 người khỏe mạnh được ghép cặp theo tuổi và giới.

Tiêu chuẩn chọn vào:

Nhóm bệnh: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán viêm da tiết bã dựa vào tổn thương dát, mảng hồng ban có tróc vảy trắng vàng, khu trú tại vùng nhiều tuyến bã đầu như da đầu, mặt,

sau tai, ngực, lưng trên.

Nhóm chứng: Người khỏe mạnh ≥ 18 tuổi, không có bệnh lý da hoặc bệnh toàn thân ảnh hưởng đến chuyển hóa vitamin D.

Tiêu chuẩn loại trừ: Phụ nữ mang thai/cho con bú; mắc các bệnh lý mạn tính (gan, thận, ung thư, cường giáp); các bệnh da ảnh hưởng vitamin D (vẩy nến, viêm da cơ địa, lupus, bạch biến, mụn trứng cá nặng...); đang dùng thuốc ảnh hưởng đến vitamin D (corticosteroid, retinoids, thuốc ức chế miễn dịch, kháng nấm, vitamin D) theo thời gian quy định; BMI ≥ 25 kg/m²; không đồng ý tham gia.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế: Mô tả cắt ngang có nhóm chứng.

Chọn mẫu: Hàng loạt ca.

Thời gian và địa điểm: Từ 11/2020 đến 02/2022 tại Bệnh viện Da Liễu TP.Hồ Chí Minh.

Thu thập số liệu: Sau khi giải thích và đồng ý tham gia, người bệnh được hỏi bệnh sử, khám lâm sàng, đánh giá mức độ bệnh bằng thang điểm SDASI và lấy 3 ml máu xét nghiệm nồng độ 25(OH)D bằng phương pháp điện hóa phát quang miễn dịch (ECLIA) tại Trung tâm Medic TP.HCM. Nhóm chứng được khám, lấy máu và phân tích tương tự.

Biến số nghiên cứu:

Tuổi, giới tính, điểm tiếp xúc ánh nắng (Tính theo thời gian và diện tích da hở tiếp xúc, sử dụng hệ số quy đổi theo Hanwell et al [6]).

Điểm SDASI: tính dựa trên mức độ đỏ và bong vảy tại 9 vùng, có hằng số quy đổi, tổng điểm từ 0–12,6 [4].

Nồng độ 25(OH)D huyết thanh: phân loại thiếu (<20 ng/ml), không đủ (20–29), đủ (30–100), dư (>100) [7].

Xử lý số liệu: Phân tích bằng phần mềm STATA 14.0. So sánh giữa hai nhóm bằng kiểm định Mann–Whitney U và Chi bình phương. Phân tích tương quan bằng hệ số Spearman. Mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Tp.HCM theo quyết định số 813/HĐĐĐ-ĐHYD, ngày 04 tháng 11 năm 2020 và 517/HĐĐĐ-ĐHYD, ngày 29 tháng 10 năm 2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Các đặc điểm chung ở nhóm bệnh và nhóm chứng

Đặc điểm	Nhóm bệnh (n=45)	Nhóm chứng (n=45)	P
----------	------------------	-------------------	---

Tuổi (trung vị, q1-q3)	3 (25-47)	26(23-36)	0,07 ^a
Nhóm tuổi (n, %)			
18 – 24	11(24,5%)	18(40%)	
25 – 50	28(62,2%)	24(53,3%)	0,22 ^b
>50	6(13,3%)	3(6,7%)	
Giới (n, %)			
Nam	33(73,3%)	26(57,8%)	
Nữ	12(26,7%)	19(42,2%)	0,12 ^b
Điểm tiếp xúc ánh nắng (trung vị, q1-q3)	2(1-2)	2(2-4)	0,57 ^a
Cách chống nắng (n, %)			
Không chống nắng	17(37,8%)	16(35,6%)	
Cơ học	26(57,8%)	20(44,4%)	0,07 ^b
Sử dụng kem chống nắng	2(4,4%)	9(20%)	
Thói quen chống nắng (n, %)			
Không chống nắng	19(42,2%)	15(33,3%)	
Khi ra nắng lâu	12(26,7%)	22(48,9%)	0,08 ^b
Thường xuyên	14(31,1%)	8(17,8%)	

^a: phép kiểm Mann Whitney; ^b: phép kiểm Chi bình phương; q1, q3: khoảng tứ phân vị 25% và 75%

Nhận xét: Tuổi và giới giữa hai nhóm bệnh và nhóm chứng tương đồng với nhau.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nhóm tuổi, mức độ tiếp xúc ánh nắng mặt trời, cách chống nắng và thói quen chống nắng giữa hai nhóm bệnh và nhóm chứng.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh viêm da tiết bã

Đặc điểm lâm sàng	Giá trị
Tuổi khởi bệnh (năm) (trung vị, q1-q3)	25 (22-38)
Thời gian bệnh (năm) (trung vị, q1-q3)	3 (1-6)
Tình trạng bệnh (n,%)	
Lần đầu	7 (15,6%)
Mạn tính	34 (75,5%)
Kéo dài liên tục	4 (8,9%)
Tái phát (lần/năm (trung vị, q1-q3))	3 (2-3)
Ngứa (n,%)	
Không ngứa	13 (28,9%)
Nhẹ	30 (66,7%)
Trung bình	2 (4,4%)
Nặng	0 (0%)
Độ nặng (điểm SDASI (trung vị, q1-q3))	1,3 (1,2-1,6)

q1, q3: khoảng tứ phân vị 25% và 75%

Nhận xét: Độ tuổi khởi phát từ 22 – 38, trung vị là 25. Trong đó nhỏ nhất là 9 và lớn nhất là 65.

Thời gian bệnh trung vị là 3 năm. Trong đó ngắn nhất là 0 năm và lâu nhất là 33 năm.

Đa số bệnh nhân có tình trạng bệnh mạn tính tái phát chiếm 75,5%.

Tình trạng tái phát bệnh trung vị là 3 lần/năm. Trong đó ít nhất là 1 lần/năm và nhiều nhất là 7 lần/năm.

Mức độ ngứa ở nhóm bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nhẹ chiếm 66,7%.

Độ nặng SDASI trung vị là 1,3 điểm. Trong đó thấp nhất là 0,2 điểm và lớn nhất là 3,7 điểm.

3.2. Nồng độ vitamin D huyết thanh ở nhóm viêm da tiết bã và nhóm chứng

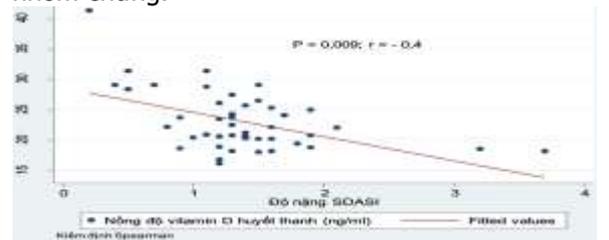
Bảng 3. So sánh nồng độ vitamin D huyết thanh giữa nhóm bệnh và nhóm chứng

Đặc điểm	Nhóm bệnh	Nhóm chứng	P
Vitamin D huyết thanh (ng/ml) (trung vị, q1-q3)	21,9 (20,1-25,6)	23,7 (21,4-29,5)	0,01 ^a
Tỉ lệ phân độ vitamin D (%)			
Thiếu	24,4	8,9	0,048 ^b
Không đủ	68,9	66,7	0,8 ^b
Đủ	6,7	24,4	0,02 ^b

^a: phép kiểm Mann Whitney ^b: phép kiểm Chi bình phương ; q1, q3: khoảng tứ phân vị 25% và 75%

Nhận xét: Nồng độ vitamin D ở nhóm bệnh thấp hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê.

Sự khác biệt về tỉ lệ phân độ nồng độ vitamin D huyết thanh giữa hai nhóm bệnh và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê. Trong đó, khác biệt được ghi nhận ở tỷ lệ thiếu vitamin D cao, ngược lại tỷ lệ đủ vitamin D rất thấp so với nhóm chứng.



Biểu đồ 1. Mối tương quan giữa nồng độ vitamin D huyết thanh và độ nặng SDASI

Nhận xét: Có mối tương quan nghịch mức độ trung bình giữa nồng độ vitamin D huyết thanh với độ nặng SDASI ở nhóm bệnh nhân VDTB (P = 0,009; r = -0,4).

Bảng 4. Độ nặng của bệnh VDTB với phân độ nồng độ vitamin D huyết thanh

Đặc điểm	Nồng độ vitamin D ≥30ng/ml	Nồng độ vitamin D <30ng/ml	P ^a

Độ nặng SDASI (điểm)	0,6±0,46	1,42±0,59	0,015
----------------------	----------	-----------	-------

^a phép kiểm *Mann Whitney*

Nhận xét: độ nặng SDASI ở nhóm có nồng độ vitamin D <30ng/ml cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có nồng độ vitamin D ≥ 30 ng/ml.

IV. BÀN LUẬN

Mặc dù cỡ mẫu nghiên cứu còn hạn chế (45 bệnh nhân và 45 người chứng), chúng tôi đã thiết kế được hai nhóm có đặc điểm dịch tễ tương đồng, bao gồm tuổi, giới tính, mức độ tiếp xúc ánh nắng, cách và thói quen chống nắng. Tất cả các yếu tố này đều không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm, giúp giảm nhiễu và tăng độ tin cậy trong việc đánh giá vai trò của vitamin D huyết thanh đối với viêm da tiết bã.

Giá trị trung vị nồng độ vitamin D ở nhóm chứng là 23,7 ng/ml (IQR: 21,4–29,5), tương đồng với kết quả nghiên cứu của Lê Tuấn Khanh và cộng sự thực hiện trên 110 học viên, sinh viên Y khoa Đại học Y Dược TP.HCM, ghi nhận giá trị trung bình là 22,82 ± 5,73 ng/ml [2]. Điều này cho thấy nhóm chứng của chúng tôi có tính đại diện tốt cho quần thể khỏe mạnh cùng địa phương.

Ngược lại, nhóm bệnh nhân viêm da tiết bã có nồng độ vitamin D trung vị là 21,9 ng/ml (IQR: 20,1–25,6), thấp hơn nhóm chứng một cách có ý nghĩa thống kê ($p = 0,01$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Siavash Rahimi và cộng sự, trong đó nồng độ vitamin D ở nhóm bệnh là 20,71 ± 8,16 ng/ml, thấp hơn nhóm chứng 23,91 ± 7,78 ng/ml ($p = 0,007$) [8]. Ngoài ra, nghiên cứu của Jenya Dimitrova cũng ghi nhận nồng độ vitamin D trung bình ở bệnh nhân viêm da tiết bã là 19,35 ± 9,5 ng/ml [5]. Dù nghiên cứu này không có nhóm chứng, nhưng cho thấy có sự thiếu hụt nồng độ vitamin D ở bệnh nhân viêm da tiết bã, thậm chí thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi có thể được giải thích bởi sự khác biệt về vị trí địa lý và mức độ phơi nắng, vì nghiên cứu của Dimitrova được thực hiện tại vùng khí hậu ôn đới.

Khi phân tích theo phân độ nồng độ vitamin D, tỷ lệ thiếu vitamin D (<20 ng/ml) ở nhóm bệnh là 24,4%, cao hơn nhóm chứng (8,9%) một cách có ý nghĩa thống kê ($p = 0,048$). Đồng thời, tỷ lệ có vitamin D đầy đủ (≥30 ng/ml) ở nhóm bệnh chỉ là 6,7%, thấp hơn đáng kể so với nhóm chứng (24,4%; $p = 0,02$). Những kết quả này phù hợp với báo cáo của Rahimi, khi tác giả ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa về phân bố tình trạng vitamin D giữa hai nhóm ($p = 0,013$), với tỷ lệ thiếu vitamin D cao hơn ở nhóm bệnh ($p = 0,025$) [8].

Mức độ nặng của bệnh trong nghiên cứu được đánh giá bằng chỉ số SDASI với trung vị 1,3 điểm (IQR: 1,2–1,6). Đây là một thang điểm lâm sàng toàn thân được chuẩn hóa và ứng dụng trong nhiều nghiên cứu gần đây. So sánh với các nghiên cứu trước, Rahimi sử dụng hai thang điểm khác là CSSC (cho da đầu) và SEDASI (cho mặt), nên không thể đối chiếu trực tiếp. Tuy nhiên, nghiên cứu của Dimitrova có phân loại bệnh nhân theo mức độ nhẹ, trung bình và nặng, và ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ vitamin D giữa các nhóm mức độ này [5].

Một phát hiện quan trọng trong nghiên cứu của chúng tôi là mối tương quan nghịch mức độ trung bình giữa nồng độ vitamin D huyết thanh và mức độ nặng bệnh theo SDASI, với hệ số $r = -0,4$ ($p = 0,009$). Điều này cho thấy khi nồng độ vitamin D giảm, điểm số bệnh tăng. Kết quả này khác với nghiên cứu của Rahimi, khi tác giả không ghi nhận tương quan có ý nghĩa thống kê giữa vitamin D và SEDASI ($r = -0,049$; $p = 0,219$) hoặc CSSC ($r = -0,015$; $p = 0,279$) [8]. Tuy nhiên, khi chia nhóm bệnh nhân theo mức độ nặng của CSSC, Rahimi vẫn ghi nhận nồng độ vitamin D ở nhóm bệnh nặng thấp hơn nhóm trung bình một cách có ý nghĩa ($p = 0,036$), cho thấy một xu hướng liên quan giữa nồng độ vitamin D và biểu hiện bệnh nặng hơn. Tương tự, nghiên cứu của Dimitrova [5], dù không báo cáo hệ số tương quan, cũng ghi nhận mức vitamin D giảm dần theo mức độ nặng của bệnh. Những kết quả này góp phần củng cố giả thiết rằng tình trạng không đủ vitamin D huyết thanh có liên quan đến biểu hiện lâm sàng nặng hơn của viêm da tiết bã.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi cũng sử dụng mốc 30 ng/ml để phân loại tình trạng vitamin D là đủ hay không đủ, dựa theo ngưỡng thường được sử dụng trong thực hành lâm sàng [7]. Kết quả cho thấy bệnh nhân có nồng độ vitamin D <30 ng/ml có điểm SDASI trung bình là 1,42 ± 0,59, cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với nhóm ≥30 ng/ml (0,6 ± 0,46; $p = 0,015$). Điều này cho thấy không chỉ sự thiếu hụt vitamin D, mà cả mức không đủ (<30 ng/ml) cũng có liên quan đến mức độ nặng của bệnh. Việc sử dụng mốc này đồng thời mang lại giá trị thực tiễn trong sàng lọc và theo dõi bệnh nhân viêm da tiết bã, đặc biệt trong các chiến lược bổ sung vitamin D.

Tổng thể, các dữ liệu thu được từ nghiên cứu này cho thấy nồng độ vitamin D huyết thanh có thể đóng vai trò trong bệnh sinh và mức độ biểu hiện lâm sàng của viêm da tiết bã. Cơ chế sinh học có thể bao gồm vai trò điều hòa miễn

dịch, biệt hóa tế bào sừng, tăng cường hàng rào bảo vệ da, ức chế sự phát triển của Malassezia, và giảm phản ứng viêm da thông qua các con đường phụ thuộc và không phụ thuộc thụ thể vitamin D.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy nồng độ vitamin D huyết thanh ở bệnh nhân viêm da tiết bã thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng khỏe mạnh, cả khi phân tích dưới dạng định lượng và phân độ mức thiếu – không đủ – đủ. Tỷ lệ thiếu vitamin D ở nhóm bệnh cũng cao hơn đáng kể so với nhóm chứng.

Đặc biệt, nồng độ vitamin D huyết thanh có mối tương quan nghịch mức độ trung bình với mức độ nặng của viêm da tiết bã theo thang điểm SDASI ($r = -0,4$; $p = 0,009$), và bệnh nhân có nồng độ vitamin D <30 ng/ml có điểm bệnh cao hơn rõ rệt. Những kết quả này củng cố giả thiết rằng tình trạng không đủ vitamin D có thể liên quan đến biểu hiện lâm sàng nặng hơn của bệnh.

Các kết quả bước đầu này gợi ý rằng việc đánh giá và điều chỉnh tình trạng vitamin D có thể có giá trị trong quản lý bệnh nhân viêm da tiết bã, đồng thời mở ra hướng nghiên cứu về vai trò điều hòa miễn dịch của vitamin D trong cơ chế bệnh sinh của bệnh lý này.

Lời cảm ơn: Xin chân thành cảm ơn Khoa Khám bệnh Bệnh viện Da Liễu Tp.HCM, Khoa xét nghiệm trung tâm Y Khoa Medic đã giúp chúng tôi hoàn thành nghiên cứu.

Cam kết không xung đột lợi ích: Các tác giả xin cam kết không có xung đột lợi ích trong đề tài này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Ngọc Diệp, Chiu Bích Xuân.** Đặc điểm lâm sàng và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân viêm da tiết bã khám tại bệnh viện da liễu Thành phố Hồ Chí Minh. Tạp chí Y Học Thành phố Hồ Chí Minh. 2018;22(3):313.
2. **Lê Tuấn Khanh, Văn Thế Trung.** Mối Liên Quan Giữa Nồng Độ Vitamin D huyết thanh với hành vi tránh nắng và sử dụng kem chống nắng. Tạp chí Da liễu học Việt Nam. 2022;37:5-13.
3. **Aranow C.** Vitamin D and the Immune System. J Investig Med. 2011;59(6):881-886.
4. **Comert A, Bekiroglu N, Gurbuz O, et al.** Efficacy of Oral Fluconazole in the Treatment of Seborrheic Dermatitis. Am J Clin Dermatol. 2007;8(4):235-238.
5. **Dimitrova J.** Severity of seborrheic dermatitis correlates to serum levels of 25(OH)D. International Journal of Current Advanced Research. 2019;8(1):17143-17144.
6. **Hanwell E C, Vieth R, et al.** Sun exposure questionnaire predicts circulating 25-hydroxyvitamin D concentrations in Caucasian hospital workers in southern Italy. Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology. 2010;121(1-2):334-337.
7. **Holick M.F.** Vitamin D Deficiency. N Engl J Med. 2007;357:266-281.
8. **Rahimi S, Nemati N, Shafaei-Tonekaboni SS.** Serum Levels of 25-Hydroxyvitamin D in Patients with Seborrheic Dermatitis: A Case-Control Study. Dermatology research and practice. 2021;6623271.

MỐI LIÊN QUAN CỦA TƯƠNG HỢP NHĨ TRÁI - THẤT TRÁI VỚI CHỨC NĂNG NHĨ TRÁI, CHỨC NĂNG TÂM TRƯƠNG THẤT TRÁI VÀ ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH VÀNH Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG ĐỘNG MẠCH VÀNH MẠN

Nguyễn Văn Tú¹, Nguyễn Đức Long², Lương Công Thức³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu mối liên quan của tương hợp nhĩ trái - thất trái với chức năng nhĩ trái, chức năng tâm trương thất trái và đặc điểm tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân hội chứng động mạch vành

mạn. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 64 bệnh nhân có hội chứng động mạch vành mạn (HCMVM) nằm điều trị tại khoa Nội tim mạch và khoa Can thiệp tim mạch, bệnh viện Quân y 103 từ tháng 10/2024 đến tháng 04/2025. Các bệnh nhân được siêu âm tim đánh giá chức năng nhĩ trái, chức năng thất trái, tương hợp nhĩ trái - thất trái sau đó được chụp động mạch vành (ĐMV) qua da hoặc cắt lớp vi tính ĐMV (CCTA) theo chỉ định. **Kết quả:** Chỉ số tương hợp nhĩ trái - thất trái (LACI) tương quan nghịch với phân suất làm rỗng nhĩ trái toàn bộ ($r = -0,496$, $p < 0,001$), phân suất làm rỗng nhĩ trái thụ động ($r = -0,392$, $p < 0,001$) và phân suất làm rỗng chủ động ($r = -0,267$, $p < 0,05$); tương quan thuận với thể tích nhĩ trái tối đa ($r = 0,334$, $p < 0,01$), tỉ lệ E/e' trung bình ($r = 0,258$, $p < 0,05$). Sự khác biệt của

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn

³Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Lương Công Thức

Email: lcthuc@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2025

Ngày duyệt bài: 17.9.2025