dày trung bình MHD nhỏ hơn nhóm NK sinh mủ và lao khớp. Tuy nhiên, siêu âm có giá trị không cao trong chẩn đoán nguyên nhân dày MHD.

4.3.2. Các dấu hiệu kèm theo trên siêu âm. Số bệnh nhân có tràn dịch khớp chiếm 53%, trong đó chủ yếu là nhóm viêm khớp không do nhiễm khuẩn (7/9 bệnh nhân). Dịch khớp không phải là 1 dấu hiệu có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán viêm MHD. Theo nghiên cứu của Graif và cs thì có khoảng 21% NK khớp không có tràn dịch khớp kèm theo. Điều này có thể do ở các khớp quá nhỏ tràn dịch khớp có thể khó quan sát được [8]. Điều này cũng phù hợp nghiên cứu của Zawin [9].

Tổn thương ăn mòn xương gặp ở NK sinh mủ, lao khớp và cả ở viêm khớp không do nhiễm khuẩn. Áp xe phần mềm xung quanh khớp là dấu hiệu thường thấy ở các trường hợp NK khớp (NK sinh mủ và lao khớp có tỷ lệ lần lượt là 45.5% và 27.3%). Theo Jaganathan, ăn mòn xương có thể gặp trong rất nhiều bệnh lý khớp như nhiễm khuẩn, VKDT... Áp xe phần mềm quanh khớp là dấu hiệu của nhiễm khuẩn đang tiến triển (do vi khuẩn sinh mủ hoặc lao) [2].

V. KẾT LUẬN

Khớp háng là một khớp lớn, nằm sâu và có cấu trúc phức tạp. Tổn thương khớp háng khá thường gặp trong các loại bệnh lý khác nhau và phần lớn được chẩn đoán được bằng lâm sàng, xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh. Tuy nhiên trong một số trường hợp chẩn đoán chưa rõ thì sinh thiết MHD khớp háng là phương pháp có giá trị. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá kết quả bước đầu của sinh thết MHD khớp háng. Kết quả cho thấy tính khả thi, hầu như không gặp biến chứng, thời gian sinh thiết phù hợp, bệnh nhân chịu đựng được và có hiệu quả chẩn đoán cao một số bệnh lý khớp háng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quyền, N.Q.,** Bài giảng giải phẫu học. 2014. 28-67.
2. **Jaganathan S, Goyal A, Gadodia A, Rastogi S, Mittal R, Gamanagatti S.** Spectrum of synovial pathologies: a pictorial assay. Current Problems in Diagnostic Radiology. 2012;41(1):30-42.
3. **Gerlag DM, Tak PP.** How useful are synovial biopsies for the diagnosis of rheumatic diseases? Nat Rev Rheumatol. 2007;3(5):248-249. doi: 10.1038/ncprheum0485.
4. **Parker RH, Pearson CM.** A simplified synovial biopsy needle. Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology. 1963; 6(2):172-176.
5. **Kelly S, Humby F, Filer A, et al.** Ultrasound-guided synovial biopsy: a safe, well-tolerated and reliable technique for obtaining high-quality synovial tissue from both large and small joints in early arthritis patients. Annals of the rheumatic diseases. 2015;74(3):611-617.
6. **Sitt J, Griffith JF, Lai FM, et al.** Ultrasound-guided synovial Tru-cut biopsy: indications, technique, and outcome in 111 cases. European radiology. 2017;27(5):2002-2010.
7. **Bernd Fink, Alexander Gebhard and Peter Schäfer.** High Diagnostic Value of Synovial Biopsy in Periprosthetic Joint Infection of the Hip. Clin Orthop Relat Res. 2013 Mar; 471(3): 956–964.
8. **Cheng Li1, Donara Margaryan, Carsten Perka, Andrej Trampuz.** The role of biopsy in diagnosing infection after hip and knee arthroplasty: a meta-analysis. Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery https://doi.org/10.1007/s00402-021-04323-y
9. **Zawin JK, Hoffer FA, Rand FF, Teele RL.** Joint effusion in children with an irritable hip: US diagnosis and aspiration. Radiology. 1993;187(2):459-463.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN VẢY NẾN THÔNG THƯỜNG BẰNG CHIẾU TIA CỰC TÍM B DẢI HẸP (NBUVB)

Nguyễn Thị Lệ Thuỷ[1], Lê Thị Huệ Anh[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả triệu chứng lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh vảy nến thông thường thể mảng bằng tia cực tím B dải hẹp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu 40 bệnh nhân vảy nến thông thường được điều trị bằng tia cực tím B dải hẹp tại bệnh viện da liễu trung ương từ tháng 6/2018 đến tháng 7/2019. **Kết quả:** 27 bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 67.5%, 13 bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 31,5%. Vị trí tổn thương hay gặp nhất là ở thân mình chiếm 100%, trên đầu chiếm 92,5%. Mức độ bệnh của nhóm đối tượng nghiên cứu chủ yếu ở mức độ trung bình chiếm 82.5%, tuýp da IV 77,5%. Bệnh gặp ở bất cứ ngành nghề nào. Sau 16 lần chiếu có 7.5% bệnh nhân đạt PASI 75. không có bệnh nhân nào có tác dụng phụ nghiêm trọng trong suốt quá trình chiếu tia. **Kết luận:** điều trị vảy nến thể mảng

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Trường Đại học Kinh Doanh và Công nghệ HN*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lệ Thủy
Email: ldkhoivu@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.2.2023
Ngày phản biện khoa học: 12.4.2023
Ngày duyệt bài: 21.4.2023

thông thường bằng tia cực tím B dải hẹp có hiệu quả điều trị cao, an toàn.

Từ khóa: Bệnh vảy nến, Tia cực tím B dải hẹp, Hiệu quả điều trị.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND EFFECTIVENESS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH NORMAL PSORIASIS USING NARROW-BAND ULTRAVIOLET B RADIATION (NBUVB)

Objectives: Describe clinical symptoms and assess the treatment results of plaque psoriasis with narrow-band ultraviolet B radiation. **Subjects and method:** Researching 40 moderate-to-severe common plaque psoriasis patients treated with by narrow band ultraviolet B radiation at National Hospital of Dermatology and Venereology from June 2018 to July 2019. **Results:** 27 male patients accounted for 67.5%, and 13 female patients accounted for 31.5%. The most common lesion area is on the trunk, accounting for 100%, followed by the head with 92.5%. The patients with moderate conditions accounted for 82.5%, while those with type IV accounted for 77.5%. This disease occurs in all professions. After 16 scans, 7.5% of the patients achieved PASI 75. No patients had serious side effects during the irradiation. 100% of post-irradiated patients have hyperpigmentation. **Conclusion:** Treatment of common plaque psoriasis with narrow band ultraviolet B light has high therapeutic efficiency and safety.

Keywords: Psoriasis, Narrow-band ultraviolet B radiation, Effectiveness of treatment

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh vảy nến là bệnh da mạn tính khá thường gặp ở Việt Nam cũng như trên thế giới. Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, cả hai giới, chiếm tỷ lệ 1-3% dân số tùy theo các quốc gia, chủng tộc.[1], Hiện nay bệnh vảy nến vẫn chưa có phương pháp nào điều trị dứt điểm hoàn toàn bệnh. Có rất nhiều phương pháp điều trị giúp giảm nhanh đợt bùng phát của bệnh vảy nến và kéo dài thời gian định cho bệnh nhân [2].

Phương pháp quang trị liệu dùng tia cực tím bước sóng trung bình UVB và PUVA cho kết quả tốt [3-4]. Nhằm Góp phần đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị này chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh vẩy nến thông thường và đánh giá kết quả điều trị bệnh vảy nến thông thường thể mảng bằng tia cực tím B dải hẹp tại bệnh viện da liễu trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân ≥16 tuổi được chẩn đoán vảy nến thông thường thể mảng mức độ vừa và nặng đến khám điều trị tại bệnh viện Da Liễu Trung ương từ tháng 6/2018 đến tháng 7/2019.

+ ***Tiêu chuẩn chẩn đoán:*** Bệnh nhân với biểu hiện lâm sàng điển hình của vảy nến (mảng dát đỏ ranh giới rõ, màu đỏ tươi, trên có vảy da trắng dễ bong, cạo vảy theo phương pháp Brocq dương tính). Xét nghiệm mô bệnh học chẩn đoán xác định là vảy nến.

+ ***Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:*** Bệnh nhân vảy nến và mức độ vừa và nặng.

+ ***Tiêu chuẩn loại trừ người bệnh:*** phụ nữ có thai, đang cho con bú. Dùng các thuốc tăng nhạy cảm ánh sáng. Trước khi điều trị có phơi nhiễm bức xạ ion hoá hoặc nhiễm độc arsenic. Bệnh lý liên quan đến ánh sáng.Tiền sử cá nhân và gia đình có ung thư da. Người bệnh có suy giảm miễn dịch, HIV dương tính. Người bệnh có tiền sử điều trị vảy nến bằng corticoid, metrotrexate, vitamin A acid, các thuốc ức chế miễn dịch đường toàn thân trong thời gian 3 tháng trước kể từ khi nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu can thiệp so sánh trước và sau điều trị bằng tia cực tím dải hẹp.

2.2.2. Các bước tiến hành:

+ Tuyển chọn bệnh nhân tham gia: Lựa chọn theo tiêu chuẩn chọn bệnh nhân và tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân được ký cam kết điều trị theo mẫu.

+ Bệnh nhân được khám lâm sàng: Xác định dạng màu da theo Fitzpatrick cho bệnh nhân. Týp I: luôn bỏng nắng, không bao giờ xạm nắng. Týp II: Luôn bỏng nắng, đôi khi xạm nắng. Týp III: Đôi khi bỏng nắng, luôn xạm nắng (Nhật Bản). Týp IV: Không bao giờ bỏng nắng, luôn xạm nắng (Việt Nam, Thái Lan). Týp V: Da sắc tố trung bình (Ấn Độ). Týp VI: Da đen (Châu Phi)

+ Bệnh nhân làm xét nghiệm máu: Sinh hóa (Ure, đường huyết, creatinin, bilirubin, GOT, GPT). Công thức máu. Khám mắt kiểm tra thủy tinh thể và đáy mắt.Đo IL17 trong máu .

Điều trị: bệnh nhân được chiếu liều khởi đầu và điều chỉnh liều căn cứ theo type da

+ Tính liều khởi đầu và liều cho các lần chiếu tiếp đối với nhóm bệnh nhân nghiên cứu

+ Điều trị duy trì: sau khi đạt 95% sạch tổn thương: Chiếu 1 lần/tuần x 4 tuần: liều cuối khi sạch tổn thương. Chiếu 1 lần/2 tuần x 4 tuần: giảm liều 25%Chiếu 1 lần/4 tuần: 50% liều cao nhất. Xử trí khi bỏ 01 lần điều trị:4-7 ngày: giữ liều.1-2 tuần: giảm 25% liều. 2-3 tuần: giảm 50% liều. 3-4 tuần: bắt đầu lại.

+ Theo dõi: Tính chỉ số PASI tất cả những lần bệnh nhân đến khám, lưu kết quả vào bệnh án nghiên cứu. Chỉ định xét nghiệm cận lâm

sàng: Lần đầu tiên và sau mỗi 4 tuần đối với xét nghiệm công thức máu; sinh hóa máu (đường, chức năng gan thận, mỡ máu). Lần đầu tiên và sau khi đạt PASI75% định lượng IL 17A trong máu. Theo dõi tác dụng phụ của thuốc và chiếu tia ở mỗi lần điều trị

2.2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được kiểm tra làm sạch trước khi nhập. Nhập số liệu, xử lý số liệu theo chương trình thống kê y học SPSS 22.0. Thống kê nghiên cứu mô tả: được tính tần số, tỷ lệ phần trăm, so sánh hai tỷ lệ.

2.2.4. Đạo đức trong nghiên cứu:

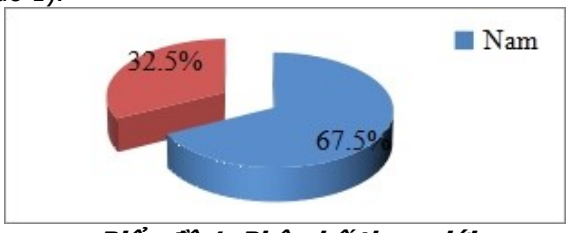
+ Nghiên cứu được lãnh đạo bệnh viện và bộ môn cho phép thực hiện đề tài.

+ Người bệnh là đối tượng nghiên cứu của đề tài sẽ được miễn phí hoàn toàn các chi phí liên quan đến chẩn đoán và điều trị bệnh vảy nến, được cung cấp đầy đủ thông tin, có quyền từ chối tham gia hoặc chấm dứt nghiên cứu bất kỳ lúc nào, được giữ bí mật thông tin định danh tuyệt đối.

+ Kết quả nghiên cứu chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu và nâng cao hiệu quả điều trị

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành thu thập số liệu trên 40 bệnh nhân vẩy nến thông thường. Trong số bệnh nhân được điều trị, tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 67,5% so với 32.5%. (biểu đồ 1).



Biểu đồ 1. Phân bố theo giới

Bảng 1: Phân bố theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Cán bộ	6	15.0
Công nhân	7	17.5
Học sinh – sinh viên	5	12.5
Nông dân	3	7.5
Hưu trí	1	2.5
Khác	18	45.0
Tổng	**40**	**100**

Nhận xét: Bệnh có thể gặp ở tất cả các nghề nghiệp như cán bộ, công nhân, nông dân, học sinh, sinh viên. Nhóm bệnh nhân có nghề nghiệp là công nhân chiếm tỷ lệ 17,5%, cán bộ 15%, nhóm học sinh sinh viên chiếm 12,5%, nông dân 7,5%. Và nhóm nghề nghiệp khác chiếm tỷ lệ cao nhất 45%.

Bảng 2: Tuổi khởi phát bệnh

Tuổi khởi phát	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
<20	21	52.5
≥20	19	47.5
X ± SD (min – max)	21.2 ± 9.6 (10 – 50)	

Nhận xét: nhóm tuổi khởi phát bệnh sớm hơn 20 năm có 21 bệnh nhân chiếm 52,5%. Nhóm tuổi khởi phát muộn sau 20 năm có 19 bệnh nhân chiếm 47,5%. Tuổi khởi phát trung bình trong nghiên cứu khá trẻ 21 ± 9,6.

Bảng 3: Tỷ lệ type da ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Type da	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
III	9	22.5
IV	31	77.5
Tổng	**40**	**100**

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là type III, IV. Trong đó type IV chiếm đa số gồm 31 bệnh nhân chiếm 77,5% còn lại 9 bệnh nhân thuộc type da III chiếm 22.5%.

Bảng 4: Mức độ bệnh

Mức độ bệnh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Trung bình	33	82.5
Nặng	7	17.5
Tổng	**40**	**100**

Nhận xét: Bệnh nhân tham gia nghiên cứu bệnh chủ yếu ở mức độ trung bình chiếm 82.5% (33 bệnh nhân). Có 7 bệnh nhân mức độ nặng chiếm 17,5%.

Bảng 5: Vị trí tổn thương

Vị trí tổn thương	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Đầu	37	92.5
Chi trên	39	97.5
Chi dưới	38	95
Thân	40	100
Tỳ đè	26	65
Sinh dục	21	52.5
Kẽ	20	50
Khác	1	2.5

Nhận xét: Tổn thương gặp ở hầu hết các vị trí trên cơ thể trong đó ở thân mình chiếm 100%, đầu 92,5%, chi trên 97,5%, chi dưới 95%, vùng tỳ đè 65%, sinh dục 52,5%, kẽ 50%. Vị trí khác 2,5%.

3.2. Kết quả điều trị:

Bảng 6: Tỷ lệ bệnh nhân đạt hiệu quả điều trị bệnh

PASI đạt được	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
PASI50	39	97.5

PASI75	30	75.0
PASI90	0	0

Nhận xét: Sau 36 lần chiếu có 39 bệnh nhân đạt PASI 50 chiếm 97,5%, 30 bệnh nhân đạt PASI 75 chiếm 75% và không có bệnh nhân nào đạt PASI 90.

Bảng 7: Tác dụng phụ trong quá trình chiếu tia UVB-311nm của đối tượng nghiên cứu

Tác dụng phụ	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Đỏ da	7	17.5
Ngứa	26	65
Thâm da	40	100

Nhận xét: có 40 bệnh nhân gặp tác dụng phụ tăng sắc tố da gặp nhiều nhất bệnh nhân chiếm 100%. tác dụng phụ ngứa chiếm 65%. Tác dụng phụ đỏ da chiếm 17.5%. các tác dụng phụ khác không gặp.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu về điều trị vảy nến bằng phương pháp ánh sáng thì hầu hết các tác giả đều cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nam tham gia nhiều hơn nữ. Do bệnh nhân nữ e ngại khi quyết định điều trị vì dụng phụ hay gặp nhất trong điều trị vảy nến bằng phương pháp ánh sáng là tăng sắc tố. Trong nghiên cứu của chúng tôi 40 bệnh nhân nghiên cứu thì cả 40 bệnh nhân bị tăng sắc tố. Và có 27 bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 67.5%, 13 bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 31,5%. Vị trí tổn thương hay gặp nhất là ở thân mình chiếm 100%, trên đầu chiếm 92,5%. Mức độ bệnh của nhóm đối tượng nghiên cứu chủ yếu ở mức độ trung bình chiếm 82.5%, tuýp da IV 77,5%. Bệnh gặp ở bất cứ ngành nghề nào.

4.2. Kết quả điều trị. Dựa vào kết quả nghiên cứu, chúng tôi nhận thất sau 36 lần chiếu đạt PASI 50 chiếm 97,5%, 30 bệnh nhân đạt PASI 75 chiếm 75% và không có bệnh nhân nào đạt PASI 90. Sau mỗi lần chiếu sự thay đổi về PASI có ý nghĩa thống kê với p<0,001. Kết quả này gần tương tự với kết quả của Nguyễn Duy Nhâm nhưng lại thấp hơn nhiều so với kết quả của Hoàng Văn Tâm và cộng sự khi sau 8 lần chiếu là giảm nhiều nhất 9,5 điểm 93]. Có thể do type da hay gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là type IV (77.5%) và liều chiếu tương ứng ban đầu là 330 mj/cm², liều tăng mỗi lần chiếu là 45ml/cm² không cao hơn liều chiếu ban đầu trong nghiên cứu của Nguyễn Duy Nhâm liều chiếu ban đầu 218,67 mj/cm² (50% liều đỏ da tối thiểu) và tăng liều mỗi lần chiếu 10% liều đỏ da tối thiểu còn trong nghiên cứu của Hoàng Văn Tâm và cộng sự [5].

Tỷ lệ bệnh nhân đạt hiệu quả điều trị bệnh: sau 36 lần chiếu có 39 bệnh nhân đạt PASI 50 chiếm 97.5%, 30 bệnh nhân đạt PASI 75 chiếm 75% và không có bệnh nhân nào đạt PASI 90. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tốt hơn nghiên cứu của Đào Duy Nhâm (20 bệnh nhân đạt PASI 75 chiếm 66.77%) nhưng lại thấp hơn nghiên cứu của T.Markham và cộng sự năm 2000 (82,7% số bệnh nhân sạch tổn thương). Nghiên cứu của Nguyễn Duy Nhâm có 20 bệnh nhân đạt PASI 75 chiếm 66.77% [5]. Điều này có thể do liều chiếu.

Thời gian, số lần chiếu trung bình đạt PASI 75: số lần chiếu trung bình đạt PASI 75 là 20,61± 4.112. Kết quả này của chúng tôi có số lần chiếu đạt PASI thấp hơn là nghiên cứu của Nguyễn Duy Nhâm và cộng sự (trung bình sau 25.85 ± 8.11 lần chiếu). Nhưng lại cao hơn so với nghiên Số liều chiếu trung bình để đạt PASI 75 là 721.7±93.346 [5].

Trong quá trình hoàn thành nghiên cứu các đối tượng tham gia nghiên cứu không gặp bất cứ một tác dụng phụ gì đặc biệt buộc phải dừng nghiên cứu. Đa phần tác dụng phụ hay gặp nhất là vấn đề tăng sắc tố da. Trong số 40 bệnh nhân tham gia chiếu thì cả 40 bệnh nhân tăng sắc tố da.

Tác dụng đỏ da: có 7 bệnh nhân gặp tác dụng phụ đỏ da và chỉ bị ở độ I chiếm 17.5%. Kết quả này thấp và gần tương tự như kết quả của tác giả Đào Duy Nhâm và cộng sự thì tỷ lệ đỏ da gặp 20%, tác giả Hoàng Văn tâm thì tỷ lệ đỏ da chiếm 23,33%, nghiên cứu của sami Yones và cộng sự năm 2005 là 23,33% [7], [8]. Nhưng theo nghiên cứu của Gordon, của T.Markham thì tỷ lệ gặp tác dụng phụ đỏ da khá cao lần lượt là 73%, 75% [9]. Có thể do đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi cũng như trong nghiên cứu của Hoàng Văn tâm, Nguyễn Duy Nhâm thuộc type da IV là chủ yếu. Còn nghiên cứu của Gordon và T. Markham thì đối tượng chủ yếu là người da trắng. Đặc tính của người da trắng dễ bị bỏng nắng, còn người Châu Á thì ít khi bị bỏng nắng hơn. Mặt khác liều chiếu ban đầu, liều tăng dần của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của Gordon và T. Markham.

Tác dụng ngứa: theo bảng 3.12 có 26 bệnh nhân ngứa da sau chiếu chiếm 65%. Kết quả này của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Duy Nhâm (23,33%), của Gonca và cộng sự năm 2001 (24%), của T.Markham và cộng sự (20%) [9]. Nhưng lại thấp hơn kết quả của

Hoàng Văn Tâm và cộng sự. có thể do đối tượng nghiên cứu khác nhau nên có những đặc điểm khác nhau.

Tác dung khác: trong quá trình thực hiện đề tài, chúng tôi không nhận thấy bệnh nhân nào gặp tác dụng phụ bọng nước, nhiễm độc da do ánh sáng. Không có trường hợp nào bị Herpes tái phát trong quá trình điều trị.

Về tác dụng phụ đối với mắt: do chúng tôi đã chuẩn bị đầy đủ kính mắt chống tia UV bảo vệ mắt cho bệnh nhân nên cũng không có trường hợp nào bị viêm bờ mi.

Tác dụng phụ lâu dài của bệnh nhân thì chúng tôi chưa theo dõi được do thời gian nghiên cứu ngắn. Nhưng đã có rất nhiều nghiên cứu khác chứng minh UVB có ít nguy cơ tác dụng không mong muốn.Vì vậy, một lần nữa khẳng định điều trị vảy nến thông thường bằng NBUVB là an toàn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nhiều nghiên cứu khác. Cho thấy điều trị vảy nến thể mảng thông thường bằng tia cực tím B dải hẹp có hiệu quả điều trị cao, an toàn, không có tác dụng phụ nghiêm trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **T.P Habif** (2008), "Psoriasis. Clinical Dermatology, A color guide to diagnosis and therapy", Fifth edition, Elsevier Inc, pp. 263-308.
2. **S. Rogers, P. Collins, T. Markham, et al.** (2003). Narrowband UV-B (TL-01) Phototherapy vs Oral 8-Methoxypsoralen Psoralen–UV-A for the Treatment of Chronic Plaque Psoriasis. Arch Dermatol. 139, 325-328.
3. **Hoàng Văn Tâm** (2015). Điều trị bệnh vảy nến thông thường bằng UVB dải hẹp. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú. Trường Đại học Y Hà Nội
4. **Coimbras et al** (2010), "Br J Dermator", 163. 1282-90.
5. **Nguyễn Duy Nhâm** (2018), Thay đổi một số tế bào miễn dịch tại tổn thương trên bệnh nhân vảy nến thông thường điều trị bằng UVB dải hẹp,luận văn thac sỹ y học, trường đại học y dược Hà Nội
6. **Gordon P.M., Diffey B.L.** (1999), A randomized comparison of narrow-band TL-01 phototherapy and PUVA photochemotherapy for psoriasis. J Am Acad Dermatol, 41(5 Pt 1):728-32
7. **Tonny B, stephen B, Neil C, et al.** (2010). Psoriasis, Rook's Textbook of Dermatology. Blackwell Publishing. eighth edition, 871-910.
8. **Lê Anh Tuấn** (2017). Đánh giá kết quả của thuốc Infliximab (Remicade) trong điều trị viêm khớp vảy nến, Luận văn thạc sỹ y khoa, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
9. **L.Eder A.Thavaneswaran, V.Chandran và cộng sự** (2014), "Tow-year efficacy and safety of infliximab treatment in patients whit active psoriatic arthritis: findings of the Inliximab Multinational Psoriatic Arthritis Controlled trial (IMPACT)", The Journal of Rheumatology. 35(5), pp. 869-876.

GIÁ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU SAU MỔ SỎI ĐƯỜNG MẬT CỦA PHƯƠNG PHÁP GÂY TÊ MẶT PHẲNG CƠ DỰNG SỐNG

Nguyễn Trần Hoàng[1], Đỗ Tất Thành[2], Lưu Quang Thùy[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ sỏi đường mật và một số tác dụng không mong muốn của phương pháp gây tê mặt phẳng cơ dựng sống. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 60 bệnh nhân phẫu thuật sỏi đường mật, được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm. Nhóm I giảm đau bằng gây tê mặt phẳng cơ dựng sống (ESP) một liều duy nhất mức T7 hai bên trước mổ mỗi bên bằng 20mL Ropivacain 0,25% phối hợp Dexamethasone 0,04%, nhóm II không được gây tê. Cả hai nhóm đều được gây mê nội khí quản và sau mổ sử dụng giảm đau PCA morphin. **Kết quả:** Nhóm gây tê ESP có thời gian yêu cầu thuốc giảm đau đầu tiên kéo dài hơn so với nhóm không được gây tê (3,60±2,45 giờ so với 0,66±0,31 giờ), ESP giúp giảm lượng morphin tiêu thụ 12h và 24h đầu sau mổ; giảm ý nghĩa điểm VAS lúc nghỉ và vận động trong 18h đầu sau mổ. Tỉ lệ nôn, buồn nôn, ngứa của 2 nhóm là tương đương, không gặp biến chứng nào của ESPB. **Kết luận:** Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống là phương pháp an toàn và hiệu quả cho phẫu thuật sỏi đường mật

Từ khóa: gây mê mặt phẳng cơ dựng sống, phẫu thuật đường mật, giảm đau cho phẫu thuật sỏi mật

SUMMARY

EVALUATION OF THE POSTOPERATIVE ANALGESIC EFFICACY OF THE ERECTOR SPINAE PLANE BLOCK FOR BILIARY STONE SURGERY

Objective: To evaluate the effectiveness of ESPB in postoperative pain control for biliary stone surgery and its adverse effects. **Materials and methods**: A total of 60 patients undergoing biliary stone surgery

[1]*Bệnh viện Việt Đức*
[2]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Lưu Quang Thùy
Email: drluuquangthuy@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.2.2023
Ngày phản biện khoa học: 10.4.2023
Ngày duyệt bài: 21.4.2023