

- placement: A systematic review and meta-analysis. *J Esthet Restor Dent Off Publ Am Acad Esthet Dent Al.* 2021;33(8): 1186-1200. doi: 10.1111/jerd.12812
6. **Sun C, Zhao J, Liu Z, et al.** Comparing conventional flap-less immediate implantation and socket-shield technique for esthetic and clinical outcomes: A randomized clinical study. *Clin Oral Implants Res.* 2020; 31(2): 181-191. doi: 10.1111/clr.13554
 7. **Abd-Elrahman A, Shaheen M, Askar N, Atef M.** Socket shield technique vs conventional immediate implant placement with immediate temporization. Randomized clinical trial. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2020; 22(5):602-611. doi:10.1111/cid.12938
 8. **Puisys A, Deikuvienė J, Vindasiute-Narbutė E, Razukevicius D, Zvirblis T, Linkevicius T.** Connective tissue graft vs porcine collagen matrix after immediate implant placement in esthetic area: A randomized clinical trial. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2022;24(2): 141-150. doi:10.1111/cid.13058

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN HỒNG BAN NÚT TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Lê Thái Vân Thanh^{1,2}, Trần Ngọc Khánh Nam¹,
Trần Hạnh Vy¹, Thái Thanh Yến¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hồng ban nút (HBN) là biểu hiện phổ biến nhất của viêm vách mô mỡ, là một dạng phản ứng tăng nhạy khởi phát bởi nhiễm trùng, thai kỳ, thuốc, bệnh mô liên kết hoặc bệnh ác tính. Việc tiếp cận dựa trên triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và tiền sử từng người bệnh để định hướng các xét nghiệm cần thiết, giúp hướng tới chẩn đoán bệnh là rất quan trọng. Từ đó đưa ra phương pháp điều trị phù hợp và đánh giá khả năng đáp ứng điều trị ở bệnh nhân. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân hồng ban nút tại Bệnh viện Đại Học Y Dược TPHCM và khảo sát một số yếu tố liên quan đến khả năng đáp ứng điều trị trên đối tượng nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả loạt ca được thực hiện trên tất cả đối tượng bệnh nhân mắc hồng ban nút điều trị trong khoảng thời gian từ 08/2021 đến 03/2023 tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Trong số 42 người tham gia, chủ yếu là nữ (nữ/nam = 5/1) với độ tuổi trung bình là 38,6 tuổi (từ 18 đến 72 tuổi). Biểu hiện lâm sàng bao gồm đau tại chỗ (100%), sốt (33,3%), đau khớp (14,3%), mệt mỏi (9,5%), chán ăn và ngứa (2,4%). Ngoài ra, 25% biểu hiện các triệu chứng liên quan như loét miệng và nổi hạch, loét sinh dục, khó thở và tiêu chảy, lở miệng và tiêu chảy. Đánh giá cận lâm sàng cho thấy tốc độ lắng hồng cầu (VS) và protein viêm phản ứng (CRP) tăng cao. Đáng chú ý, phân tích cho thấy tiền sử bệnh có liên quan đến đáp ứng điều trị ở bệnh nhân HBN. **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi đã phân tích các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng đặc trưng của bệnh nhân mắc bệnh HBN. Bệnh nhân

HBN có độ tuổi trung bình là 38,6 ± 13,95 tuổi, nữ giới chiếm ưu thế. Vị trí nổi ban thường gặp là cẳng chân, cánh tay, bụng và đùi. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau tại chỗ, sốt, và đau khớp. Bệnh nhân cũng có các thay đổi trong công thức máu và phản ứng viêm.

Từ khóa: Hồng ban nút, lâm sàng, cận lâm sàng.

Viết tắt: HBN, TPHCM.

SUMMARY

A STUDY ON THE CLINICAL AND LABORATORY TESTS CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ERYTHEMA NODOSUM AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER OF HO CHI MINH CITY

Background: Erythema nodosum (EN) is the most common manifestation of adipose tissue inflammation, a hypersensitive reaction triggered by infection, pregnancy, drugs, connective tissue disease, or malignancy. It is crucial to have an approach based on clinical symptoms, laboratory tests, and individual patient history to guide the necessary tests to help diagnose the disease. From there, propose appropriate treatment methods and evaluate the patient's ability to respond to treatment. **Objectives:** To describe the clinical and subclinical characteristics of patients with erythema nodosum at University Medical Center in Ho Chi Minh City and investigate some factors related to the ability to respond to treatment on research subjects. **Subjects and methods:** A prospective, descriptive case series study was performed on all patients with erythema nodosum treated from 08/2021 to 03/2023 at University Medical Center in Ho Chi Minh. **Results:** Of the 42 participants, the majority were female (female/male = 5/1) with a mean age of 38.6 years (range 18 to 72 years). Clinical symptoms included local pain (100%), fever (33.3%), joint pain (14.3%), fatigue (9.5%), anorexia and itching (1%). In addition, 25% presented related signs such as mouth ulcers and lymphadenopathy, genital ulcers, dyspnea and diarrhea, mouth sores, and diarrhea. The laboratory test evaluation revealed elevated erythrocyte sedimentation rate (VS) and C-

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

²Trường Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hạnh Vy

Email: vy.th@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2023

Ngày duyệt bài: 01.12.2023

reactive protein (CRP). Notably, the analysis showed that medical history was associated with treatment response in EN patients. **Conclusion:** Our study analyzed the characteristic clinical and laboratory features of patients with Erythema nodosum (EN). EN patients have an average age of 38.6 ± 13.95 years, with a female predominance. Common rash locations are the legs, arms, abdomen and thighs. Common clinical symptoms are local pain, fever, and joint pain. Patients also have changes in blood counts and inflammatory responses. **Keywords:** Erythema nodosum, clinical sign, laboratory test.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hồng ban nút là tình trạng viêm của mô mỡ dưới da biểu hiện dưới dạng mảng hoặc cục hồng ban, đối xứng và thường gặp nhất ở chi dưới, đặc biệt ở vị trí hai cẳng chân. Bệnh có thể gặp ở bất kì độ tuổi nào nhưng thường khởi phát trong độ tuổi 20-45 tuổi gặp nhiều ở nữ. Trước tuổi dậy thì tỷ lệ nam – nữ không có sự khác biệt. Sang thương thường tồn tại 3-6 tuần và thoái lui tự nhiên mà không để lại sẹo hay teo da. Đau khớp đặc biệt khớp gối và mắt cá chân thường gặp. Tái phát có thể gặp đặc biệt trong các trường hợp tái phát của các yếu tố làm dễ. Chẩn đoán thường dựa vào lâm sàng, sinh thiết da giúp chẩn đoán trong các trường hợp lâm sàng không đặc trưng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 42 bệnh nhân được chẩn đoán hồng ban nút tại khoa Da liễu – Thẩm mỹ da và phòng khám Da liễu, Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM từ 08/2021 đến 03/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang, mô tả loạt ca.

Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh được chẩn đoán hồng ban nút, trên lâm sàng ghi nhận các triệu chứng sau:

+ Xuất hiện tổn thương dạng cục – mảng hồng ban, màu đỏ hoặc tím, giới hạn không rõ, đau, kích thước từ 1 - 6cm

+ Vị trí: đối xứng, mặt trước cẳng chân, đùi, cánh tay, cổ, móng, mặt

+ Triệu chứng kèm theo có thể gặp: sốt, mệt mỏi, đau khớp (gối, mắt cá chân), sụt cân, chán ăn.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng của hồng ban nút theo phân loại (Lần đầu/ Tái phát) (n=42)

	Chung (n=42) n (%)	Tái phát (n=27) n (%)	Lần đầu (n=15) n (%)	P
--	-----------------------	--------------------------	-------------------------	---

- Bệnh nhân có rối loạn tâm thần.
Bệnh nhân không thực hiện đủ các xét nghiệm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ học ở bệnh nhân hồng ban nút tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ và bệnh tật của đối tượng nghiên cứu (n=42)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	7 16,7
	Nữ	35 83,3
Nơi cư trú	TP Hồ Chí Minh	21 50,0
	Nơi khác	21 50,0
Tuổi	Trung bình±ĐLC	38,6 ± 13,95
	GTNN-GTLN	18 - 72
Nghề nghiệp	Viên chức	15 35,7
	Công nhân	3 7,1
	Nội trợ	6 14,3
	Học sinh/sinh viên	4 9,5
	Hưu trí	1 2,4
	Tự do	10 23,8
	Nông dân	3 7,1
Tiền sử điều trị hồng ban nút	Có	27 64,3
	Không	15 35,7
Số lần tái phát	Không tái phát	15 35,7
	< 10 lần	21 50,0
	>= 10 lần	6 14,3
Khoảng cách số lần tái phát	Không tái phát	15 35,7
	< 3 tháng	25 59,5
	>= 3 tháng	2 4,8
Tổng	42	100,0

Nghiên cứu ghi nhận trong tổng số 42 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, nữ giới chiếm đa số, nữ/nam=5/1. Độ tuổi trung bình của các đối tượng tham gia nghiên cứu là 38,6 tuổi, thấp nhất là 18 tuổi và độ tuổi lớn nhất là 72 tuổi. Bệnh nhân sinh sống tại thành phố Hồ Chí Minh và các nơi khác ngang nhau chiếm tỉ lệ 50% và nghề nghiệp chiếm tỉ lệ cao nhất là viên chức với 35,7%. Tiền sử đã từng điều trị hồng ban nút trước đây là 64,3%. Số lần tái phát được chia làm 3 nhóm: không tái phát chiếm tỉ lệ 35,7%, <10 lần chiếm tỉ lệ 50% và >=10 lần chiếm tỉ lệ 14,3%. Khoảng cách giữa các lần tái phát lấy mốc 3 tháng, <3 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất với 59,5%, không tái phát chiếm 35,7%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân hồng ban nút theo phân loại

Triệu chứng cơ năng, n (%)				
Đau tại chỗ	42 (100,0)	27(100,0)	15(100,0)	-
Chán ăn	1 (2,4)	0 (0,0)	1(6,7)	0,357*
Đau khớp	6 (14,3)	4(14,8)	2(13,3)	1,000*
Ngứa	1 (2,4)	0 (0,0)	1(6,7)	0,357*
Mệt mỏi	4 (9,5)	3 (11,1)	1 (6,7)	1,000*
Sốt	14 (33,3)	8 (29,6)	6 (40,0)	0,495
Triệu chứng đi kèm, n (%)				
Khó thở và tiêu chảy	1 (2,4)	1 (3,7)	0 (0,0)	
Loét miệng và tiêu chảy	1 (2,4)	1 (3,7)	0 (0,0)	
Loét miệng và nổi hạch	1 (2,4)	1 (3,7)	0 (0,0)	
Loét sinh dục	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (6,7)	
Không có	38 (90,5)	24 (88,9)	32 (93,3)	
Sang thương, n (%)				
Mảng-cục hồng	22 (52,4)	11 (40,7)	11 (73,3)	0,022*
Mảng-cục tím	11 (26,2)	7 (25,9)	4 (26,7)	
Mảng-cục hồng và tím	9 (21,4)	9 (33,3)	0 (0,0)	
Phân bố sang thương, n (%)				
Cẳng chân	38 (90,5)	25 (92,6)	13 (86,7)	0,608
Đùi	5 (11,9)	2 (7,4)	3 (20,0)	0,329
Mắt cá	19 (45,2)	13 (48,1)	6 (40,0)	0,611
Đầu gối	3 (7,1)	2 (7,4)	1 (6,7)	1,000*
Bẹn bụng	1 (2,4)	1 (3,7)	0 (0)	1,000*
Tay	1 (2,4)	0 (0)	1 (6,7)	1,000*
Số lượng hồng ban nút, n (%)				
<= 5	32 (76,2)	21 (77,8)	11 (73,3)	1,000*
>5	10 (23,8)	6 (22,2)	4 (26,7)	

Đau tại chỗ, sốt và đau khớp là các triệu chứng cơ năng chiếm tỉ lệ cao nhất ở nhóm HBN chung với tỉ lệ lần lượt là 100%, 33,3% và 14,3%. Trên tổng số bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu thì chỉ có 4 bệnh nhân có triệu chứng kèm theo như loét miệng và nổi hạch, loét sinh dục, khó thở và tiêu chảy, loét miệng và tiêu chảy với tỉ lệ 2,4%. Sang thương đa dạng, ở

nhóm bệnh nhân HBN chung hay phân nhóm tái phát và lần đầu thì mảng - cục hồng chiếm tỉ lệ cao nhất và phân bố chủ yếu ở cẳng chân với tỉ lệ cao 90,5%. Đa số đối tượng tham gia có số nốt ≤ 5 nốt chiếm 76,2%, >5 nốt chiếm 23,8%.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân hồng nút ban theo phân loại

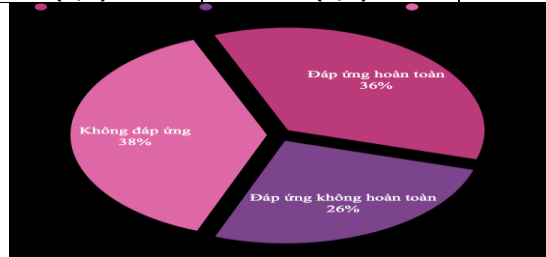
Bảng 3: Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân hồng ban nút theo phân loại (Lần đầu/Tái phát) (n=42)

	Chung (n=42) n (%)	Tái phát (n=27) n (%)	Lần đầu (n=15) n (%)	P
Hồng cầu, n (%)				
Bình thường	39 (92,9)	26 (96,3)	13 (86,7)	0,439*
Tăng	2 (4,8)	1 (3,7)	1 (6,7)	
Giảm	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (6,7)	
Tiểu cầu, n (%)				
Bình thường	41 (97,6)	26 (96,3)	15 (100,0)	1,000*
Tăng	1 (2,4)	1 (6,7)	0 (0,0)	
Giảm	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Bạch cầu đơn nhân, n (%)				
Bình thường	35 (83,3)	23(85,2)	12 (80,0)	0,686*
Tăng	7 (16,7)	4(14,8)	3 (20,0)	
Giảm	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Bạch cầu trung tính, n (%)				
Bình thường	39 (92,9)	25(92,6)	14 (93,3)	1,000*
Tăng	3 (7,1)	2(7,4)	1(6,7)	

Giảm	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Bạch cầu ái toan, n (%)				0,354*
Bình thường	31 (73,8)	18 (66,7)	13 (86,7)	
Tăng	3 (7,1)	3(11,1)	0(0,0)	
Giảm	8 (19,0)	6(22,2)	2(13,3)	
VS, n (%)				0,531*
Bình thường	22 (52,4)	13(48,1)	9(60,0)	
Tăng	20 (47,6)	14(51,9)	6(40,0)	
Giảm	0 (0)			
CRP, n (%)				0,744*
Bình thường	17 (40,5)	10(37,0)	7(46,7)	
Tăng	25 (59,5)	17(63,0)	8(53,3)	
Giảm	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

Công thức máu ghi nhận có nhiều bất thường, đáng chú ý bạch cầu ái toan giảm ở cả HBN tái phát và lần đầu với tỉ lệ là 22,2% và 13,3%. Ngoài ra, tốc độ lắng máu và CRP tăng cao ở cả các đối tượng HBN tái phát và lần đầu mắc

3.4. Một số yếu tố liên quan đến khả năng đáp ứng điều trị của bệnh nhân hồng ban nút tại Bệnh viện Đại Học Y Dược TPHCM; Bệnh nhân có đáp ứng hoàn toàn là 36%, đáp ứng không hoàn toàn là 26% và đáng lưu ý khi tỉ lệ không đáp ứng chiếm tỉ lệ cao tới 38%



Biểu đồ 1. Khả năng đáp ứng điều trị của bệnh nhân hồng ban nút tại Bệnh viện Đại Học Y Dược TPHCM

Bảng 4: Một số yếu tố liên quan đến khả năng đáp ứng điều trị của bệnh nhân hồng ban nút tại Bệnh viện Đại Học Y Dược TPHCM (n=42)

	Chung (n=42)	Đáp ứng hoàn toàn (n=15)	Đáp ứng không hoàn toàn (n=11)	Không đáp ứng (n=16)	P
Giới tính					0,769*
Nam	7	3(42,9)	1(14,3)	1(42,9)	
Nữ	35	12(34,3)	10(28,6)	13(37,1)	
Nhóm tuổi					0,681*
>= 30	11	5(45,5)	3(27,3)	3(27,3)	
< 30	31	10(32,3)	8(25,8)	13(41,9)	
Tiền sử điều trị hồng ban nút					0,040*
Có	27	7(25,9)	6(22,2)	14(51,9)	
Không	15	8(53,3)	5(33,3)	2(13,3)	
Số lần tái phát					0,086*
Không tái phát	15	8(53,3)	5(45,5)	2(12,5)	
<= 10 lần	21	5(33,3)	4(36,4)	12(75,0)	
>10 lần	6	2(13,3)	2(18,2)	2(12,5)	
Khoảng cách số lần tái phát					0,015*
Không tái phát	15	8(53,3)	5(45,5)	2(12,5)	
< 3 tháng	25	5(33,3)	6(54,5)	14(87,5)	
>= 3 tháng	2	2(13,3)	0(0,0)	0(0,0)	
Số lượng hồng ban nút					0,814*
<= 5	32	11(34,4)	8(25,0)	13(40,6)	
> 5	10	4(40,0)	3(30,0)	3(30,0)	
Tiền sử dùng thuốc					0,471*
Không dùng	37	13(35,1)	9(24,3)	15(40,5)	
Sử dụng Kháng viêm (Steroid/ Non steroid)	2	1(50,0)	0(0,0)	1(50,0)	
Khác (kháng sinh/ vắc xin..)	3	1(33,3)	2(66,7)	0(0,0)	

Tiền sử điều trị HBN có liên quan đến khả năng đáp ứng điều trị của bệnh nhân hồng ban nút với p = 0,04. Khoảng cách số lần tái phát có liên quan đến khả năng đáp ứng điều trị của

bệnh nhân hồng ban nút với $p = 0,015$.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm dịch tễ học ở bệnh nhân hồng ban nút: Trong tổng số 42 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có độ tuổi trung bình là $38,6 \pm 13,95$ tuổi. Một nghiên cứu hồi cứu 10 năm có kết quả tuổi trung bình khi chẩn đoán HBN là $40,6 \pm 17,3$ tuổi, khá tương đồng với nghiên cứu này của chúng tôi [1]. Nghiên cứu của tác giả Bernard Cribier và cộng sự [2] cho kết quả tuổi trung bình ở 129 bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 31 tuổi. Nghiên cứu chúng tôi nhận thấy HBN gặp phần lớn ở nữ giới chiếm 83,3% với tỉ lệ nữ/nam là 5/1.

Đặc điểm lâm sàng: Phân tích số liệu chỉ ra rằng trong cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng tại bệnh nhân HBN tham gia đều có một điểm chung, đó là các triệu chứng đau tại chỗ (100%), tiếp đó là sốt (33,33%), và đau khớp (14,3%), trong khi đó mệt mỏi, mất ngủ và buồn nôn chỉ xuất hiện ở một số rất ít bệnh nhân. Trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi khẳng định rằng các triệu chứng thường gặp nhất tại bệnh nhân HBN, bao gồm cả lần đầu mắc hay ở đối tượng tái phát nhiều lần, là đau tại chỗ và sốt. Kết quả này có sự khác biệt đáng kể so với nghiên cứu của Ali Mert trong 10 năm, khi mà sốt chiếm tỉ lệ cao nhất (58%), tiếp theo là đau khớp (44%) [4]. Cần nhấn mạnh rằng, biểu hiện của HBN có thể thay đổi theo từng nghiên cứu và từng quốc gia, thể hiện tính đa dạng và ảnh hưởng của các yếu tố khác nhau.

Những sang thương mảng - cục hồng chiếm 52,4%, các sang thương này tồn tại ở giai đoạn sớm của bệnh và có xu hướng tiến triển thành những dạng sang thương. Theo đó, mảng - cục tím chiếm tỉ lệ ít hơn, chỉ 26,2%. Đối với bệnh nhân mắc cả hai loại sang thương là mảng - cục hồng và tím thì chiếm 21,4%. Sang thương được mô tả trong nghiên cứu 100 ca tại Thổ Nhĩ Kỳ chủ yếu có màu hồng đỏ, có sự tương đồng với báo cáo của chúng tôi [3]. Một nghiên cứu khác tại Pháp với tổn thương là các nốt ban đỏ và tồn tại hai bên trong mọi trường hợp [2]. Các kết quả từ những cuộc nghiên cứu khác nhau đều thể hiện những điểm đặc biệt tương tự về dấu vết, giống với những kết quả mà chúng tôi đã thu thập. Về đặc điểm sang thương ở các đối tượng cấp tính hay tái phát với tỉ lệ tương đồng HBN chung. Một báo cáo tương quan lâm sàng trong một loạt 13 bệnh nhân tại Mỹ cho thấy 19,3% và 70,2% bệnh nhân lần lượt biểu hiện các đặc điểm đặc trưng ở các dạng HBN cấp tính mới mắc và tái

phát mạn tính [7]. Khi kết quả phân tích cho thấy sang thương có liên quan đến HBN tái phát và mới mắc với giá trị $p = 0,022$. Tuy nhiên, một báo cáo tại Thái Lan cho biết không có mối liên quan giữa các biểu hiện lâm sàng, kết quả xét nghiệm, mô bệnh học, phân nhóm căn nguyên của EN ($p = 0,206$) với HBN tái phát ở đối tượng tham gia nghiên cứu, sự khác biệt này có thể đến từ cỡ mẫu nghiên cứu khác nhau [1].

Nghiên cứu của chúng tôi đã được thực hiện ở 42 bệnh nhân, và kết quả cho thấy phân bố của những vùng bị ảnh hưởng bởi bệnh HBN là rất đa dạng. Cụ thể, phân tích cho thấy có một tỉ lệ lớn, tức là 90,5%, bệnh nhân có dấu hiệu sang thương ở cẳng chân. Nghiên cứu tại Pháp với 129 bệnh nhân với kết quả sang thương nằm ở cẳng chân của tất cả 100% bệnh nhân, đều có liên quan đến 18% trường hợp và cẳng tay trong 6% [2].

Cận lâm sàng: Đối với nghiên cứu của chúng tôi, công thức máu của bệnh nhân HBN chung có điều đáng chú ý ở hồng cầu và bạch cầu ưa acid đều có tỉ lệ giảm, lần lượt là 2,4% và 19,0%. Các tỉ lệ này giảm tương đồng với công thức máu ở bệnh nhân mắc các bệnh căn nguyên gây ra HBN khi trong thời gian nhiễm vi khuẩn hoặc virus, trong các chứng dị ứng, trong một số trường hợp nhiễm trùng [2, 8]. Ngoài ra, chỉ số bạch cầu đơn nhân được đo lường là tăng cao nhất chiếm 16,7% trong các loại so với tiểu cầu 2,4%, hồng cầu 4,8%. Nghiên cứu 10 năm về HBN của Ali Mert và các cộng sự [4] cũng cho thấy điều tương tự, gia tăng bạch cầu ở bệnh nhân được xác nhận. Nghiên cứu tại Đức của Michael Wilk nhận xét rằng tùy thuộc vào mức độ tổn thương mạch máu và sự hiện diện của bạch cầu trung tính và đơn, đa nhân, 65,8% biểu hiện cấp tính, 18,9% bán cấp tính và 15,3% ở giai đoạn muộn [7]. Đối với bệnh nhân HBN tái phát trong nghiên cứu của chúng tôi, bạch cầu đơn nhân tăng 14,8%, bạch cầu trung tính tăng 7,4%. Báo cáo tổng quan y văn của tác giả Chowaniec và cộng sự [6] cho rằng HBN, đặc biệt là dạng tái phát với các dấu hiệu viêm tăng cao, gợi ý bạch cầu tăng trong công thức máu. Điều này cũng có thể lí giải việc bệnh nhân đang có bệnh viêm nhiễm dẫn đến các biểu hiện của HBN.

Kết quả đáng chú ý là tốc độ lắng máu và CRP ở cả bệnh nhân mắc bệnh HBN lần đầu tiên hay tái phát đều tăng bất thường, lần lượt đạt tỉ lệ 47,6% và 59,5%. Không có gì khác Ali Mert, người đã thực hiện một cuộc nghiên cứu tương tự cũng đã ghi nhận sự gia tăng đáng kể trong giá trị CRP và tốc độ lắng máu bệnh nhân HBN. Ali Mert đã chỉ ra rằng giá trị CRP đối với bệnh

nhân HBN trong nghiên cứu của ông tăng gấp 6 lần so với giới hạn bình thường, đồng thời tốc độ lắng máu cũng vượt quá mức bình thường [4]. Bên cạnh đó, CRP tăng cao và HBN tái phát được coi là yếu tố dự đoán cho HBN thứ phát và có mối liên quan với nhau trong một nghiên cứu khác đánh giá 100 trường hợp [3]. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với báo cáo này khi HBN tái phát có CRP tăng chiếm 63%.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã phân tích các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng đặc trưng của bệnh nhân mắc bệnh HBN. Bệnh nhân HBN có độ tuổi trung bình là $38,6 \pm 13,95$ tuổi, nữ giới chiếm ưu thế. Vị trí nổi ban thường gặp là cẳng chân, cánh tay, bụng và đùi. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau tại chỗ, sốt, và đau khớp. Bệnh nhân cũng có các thay đổi trong công thức máu và phản ứng viêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Limtong, P., et al.,** Clinicopathological Characteristics Related to Etiologies of Erythema Nodosum: A 10-Year Retrospective Study. *Clinical,*

Cosmetic and Investigational Dermatology, 2021: p. 1819-1829.

2. **Cribier, B., et al.,** Erythema nodosum and associated diseases. A study of 129 cases. *International journal of dermatology*, 1998. 37(9): p. 667-672.
3. **Mert, A., et al.,** Erythema nodosum: an evaluation of 100 cases. *Clinical and experimental rheumatology*, 2007. 25(4): p. 563.
4. **Mert, A., et al.,** Erythema nodosum: an experience of 10 years. *Scandinavian journal of infectious diseases*, 2004. 36(6-7): p. 424-427.
5. **García-Porrúa, C., et al.,** Erythema nodosum: etiologic and predictive factors in a defined population. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 2000. 43(3): p. 584-592.
6. **Chowaniec, M., A. Starba, and P. Wiland,** Erythema nodosum—review of the literature. *Reumatologia/Rheumatology*, 2016. 54(2): p. 79-82.
7. **Wilk, M., et al.,** Erythema nodosum, early stage—a subcutaneous variant of leukocytoclastic vasculitis? *Clinicopathological correlation in a series of 13 patients. The American Journal of Dermatopathology*, 2020. 42(5): p. 329-336.
8. **Passarini, B. and S. Infusino,** Erythema nodosum. *Giornale Italiano di Dermatologia e Venereologia: Organo Ufficiale, Societa Italiana di Dermatologia e Sifilografia*, 2013. 148(4): p. 413-417.

TÌNH TRẠNG THIẾU VITAMIN D Ở NỮ HỌC SINH TRƯỜNG PHỔ THÔNG DÂN TỘC BÁN TRÚ TẠI HUYỆN VĂN YÊN, VĂN CHẤN, TỈNH YÊN BÁI NĂM 2018

Hoàng Nguyễn Phương Linh¹,
Nguyễn Song Tú², Lê Đức Trung²

TÓM TẮT

Thiếu vitamin D ở trẻ học đường đang là vấn đề có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng tại Việt Nam, đặc biệt là trẻ suy dinh dưỡng (SDD) và nguy cơ SDD thấp còi. Một nghiên cứu cắt ngang được tiến hành năm 2018 trên 384 nữ học sinh 11-13 tuổi tại 6 xã của huyện Văn Chấn và Văn Yên, tỉnh Yên Bái, nhằm mô tả tình trạng thiếu Vitamin D. Kết quả cho thấy, tỷ lệ Vitamin D thiếu và thấp (25(OH)D < 50 nmol/L) là 57%; tỷ lệ vitamin D thiếu, thấp và nguy cơ thấp (25(OH)D < 75 nmol/L) là 97,4%; nồng độ 25 (OH)D là 49,2 nmol/L, ở ngưỡng thiếu. Tỷ lệ vitamin D thiếu và thấp tại hai huyện Văn Yên và Văn Chấn lần lượt là 53,6% và 60,2%. Tỷ lệ vitamin D thấp, thiếu cao nhất ở dân tộc H'mông (61,9%), tiếp theo là dân tộc Kinh (56,1%), Tày (54,5%) và Dao (53,4%). Không có sự

khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ vitamin D thiếu và thấp theo nhóm tuổi, giữa các huyện, xã và giữa các dân tộc ($p > 0,05$). Điều đó, cho thấy tình trạng vitamin D thiếu và thấp rất cao ở nữ học sinh nên cần có những giải pháp can thiệp kịp thời để cải thiện tình trạng thiếu Vitamin D cho nữ học sinh tại Yên Bái, cũng như vùng núi phía Bắc nói chung.

Từ khóa: thiếu Vitamin D, dậy thì, nữ học sinh, dân tộc, Yên Bái

SUMMARY

VITAMIN D DEFICIENCY STATUS IN FEMALE STUDENTS AT ETHNIC MINORITY BOARDING SCHOOLS IN VAN YEN AND VAN CHAN DISTRICTS, YEN BAI PROVINCE 2018

Vitamin D deficiency among school-age children is a significant public health issue in Vietnam, especially for children with stunting and at risk of stunting. A cross-sectional study was conducted in 2018 on 384 female students aged 11-13 in 6 communes of Van Chan and Van Yen districts, Yen Bai province to describe vitamin D deficiency. The results indicated the prevalence of Vitamin D deficiency and insufficiency (25(OH)D < 50 nmol/L) was 57%; the

¹Đại học thành phố Birmingham, Vương Quốc Anh

²Viện Dinh dưỡng Quốc gia, Bộ Y tế, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Nguyễn Phương Linh

Email: hoangnguyenphuonglinh.ninvn@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.11.2023

Ngày duyệt bài: 4.12.2023