

tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang, quản lý TTBYT tốt chiếm tỷ lệ 78,0% và quản lý chưa tốt 22,0% [7].

Để giải quyết vấn đề này, có thể cần nâng cao hệ thống quy định và tiêu chuẩn chất lượng cho TTBYT bao gồm cả trang thiết bị nhập khẩu và sản xuất trong nước. Đồng thời, cần tăng cường quản lý và kiểm tra chất lượng trong quá trình sản xuất, nhập khẩu và sử dụng TTBYT. Điều này đòi hỏi sự hợp tác giữa các bên liên quan, bao gồm các cơ quan quản lý, bệnh viện và các đơn vị kiểm định, để đảm bảo rằng các tiêu chuẩn chất lượng được thực hiện một cách tốt nhất và đồng nhất trong hệ thống y tế [3].

V. KẾT LUẬN

Kết quả đánh giá chung của nhân viên y tế về công tác quản lý sử dụng, bảo quản TTBYT đạt mức tốt chiếm 51,7%; công tác bảo dưỡng, sửa chữa TTBYT đa số đạt mức độ tốt chiếm 94,3%. Kết quả đánh giá chung về quản lý sử dụng TTBYT qua khảo sát TTBYT đạt mức tốt chiếm 77,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hà Đắc Biên (2012), "Đào tạo và tổ chức sử

dụng nguồn nhân lực kỹ thuật thiết bị y tế", Y học thực hành, 823, tr. 62-65.

2. Bùi Việt Hùng (2010), Thực trạng công tác quản lý trang thiết bị y tế tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, năm 2009, Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
3. Võ Thị Ngọc Hương (2013), Nghiên cứu thực trạng và một số yếu tố liên quan đến quản lý trang thiết bị chẩn đoán tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Long An, năm 2013, Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
4. Đoàn Quang Minh (2010), Một số giải pháp hoàn thiện công tác quản lý nhà nước về trang thiết bị y tế tại các bệnh viện công lập, Luận văn Thạc sỹ khoa học, Trường Đại học Bách khoa Hà Nội, Hà Nội.
5. Võ Tuấn Ngọc (2021), "Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến quản lý trang thiết bị y tế tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Tiểu Cần, tỉnh Trà Vinh năm 2020", Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển, 5(3), tr. 35-43.
6. Mai Văn Sâm (2011), Đánh giá công tác quản lý trang thiết bị y tế tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương năm 2011, Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
7. Phan Văn Tuấn (2020), Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến quản lý trang thiết bị y tế chẩn đoán tại một số khoa, phòng của Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang năm 2020, Luận văn Chuyên khoa 2 Tổ chức quản lý y tế, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG DA VÀ NIÊM MẠC CỦA BỆNH LICHEN PHẪNG QUA PHÂN TÍCH BẰNG DERMOSCOPY

Nguyễn Thị Thanh Huyền¹, Nguyễn Hữu Sáu², Trần Hữu Bách³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm tổn thương da và niêm mạc của bệnh Lichen phẳng (LP) qua phân tích bằng Dermoscopy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 101 bệnh nhân mắc LP tại Bệnh viện Da liễu Trung Ương, từ tháng 9/2022 đến hết tháng 8/2023, sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 45.6 ± 10.6 , tỉ lệ nam : nữ là 1.16 : 1. Kết quả dermoscopy được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi như sau: hình ảnh gặp nhiều nhất là mạng lưới Wickham (Wickham striae – WS) (88.1%), tiếp theo đó là mạch máu dạng đường thẳng và chấm (34.7%), sắc tố (27.7%). Sau điều trị, mạng lưới WS và mạch máu biến mất, chỉ còn lại sắc tố với tỉ lệ

100%. **Kết luận:** Dermoscopy là một kỹ thuật không xâm lấn có giá trị không chỉ trong chẩn đoán LP mà còn hỗ trợ các bác sĩ lâm sàng đánh giá tiên lượng và đánh giá đáp ứng điều trị. **Từ khóa:** Dermoscopy, Lichen phẳng, mạng lưới Wickham

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF SKIN AND MUSCLE LESIONS OF LICHEN PLANUS DISEASE BY DERMOSCOPY ANALYSIS

Objective: Describe the characteristics of skin and mucosal lesions of Lichen planus (LP) through Dermoscopy analysis. **Subjects and methods:** The study was conducted on 101 LP patients at the National Dermatology Hospital, from September 2022 to the end of August 2023, using a cross-sectional descriptive research design. **Results:** The average age of the patients was 45.6 ± 10.6 , the male: female ratio was 1.16:1. Dermoscopy results recorded in our study were as follows: the most common image was Wickham's network (Wickham's network). striae – WS) (88.1%), followed by straight and dotted blood vessels (34.7%), and pigmentation (27.7%). After treatment, the WS network and blood vessels disappear, leaving only pigment at a rate of 100%. **Conclusion:**

¹Đại học Y Dược Hải Phòng

²Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Da liễu Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Huyền

Email: thanhhuyen59@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 7.3.2024

Dermoscopy is a valuable non-invasive technique not only in diagnosing LP but also assisting clinicians in assessing prognosis and assessing treatment response. **Keywords:** Dermoscopy, Lichen planus, Wickham striae

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lichen phẳng (LP) là một bệnh viêm mạn tính gây các tổn thương trên da, niêm mạc miệng, sinh dục, da đầu và móng. Bệnh được mô tả bởi 6 chữ P: sẩn (papules), mảng sẩn (plaques), phẳng (planar), đa giác (polygonal), màu tím (purple) và ngứa (pruritus). Bệnh gây ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống, tỉ lệ bệnh nhân LP có biểu hiện trầm cảm lên đến 35% [1]. Sinh thiết là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh, tuy nhiên đây là một thủ thuật xâm lấn gây đau và tạo sẹo, không phù hợp ở một số đối tượng như trẻ em hoặc các vị trí cần tính thẩm mỹ cao như mặt [2]. Trong vài năm gần đây, Dermoscopy đã được chứng minh là một công cụ hỗ trợ vô cùng có giá trị trong việc hỗ trợ chẩn đoán không xâm lấn các rối loạn da liễu khác như Vảy nến, viêm da dầu, Lichen phẳng... [3]. Tại Việt Nam, dermoscopy vẫn còn là một khái niệm mới và chưa được ứng dụng rộng rãi. Vì vậy, nhằm đánh giá trị của dermoscopy trong chẩn đoán LP, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu mô tả đặc điểm tổn thương da và niêm mạc của bệnh Lichen phẳng qua phân tích bằng dermoscopy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là:

- Các bệnh nhân đến khám tại bệnh viện Da liễu Trung Ương được chẩn đoán xác định Lichen phẳng bằng giải phẫu bệnh từ tháng 9/2022 đến hết tháng 8/2023.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân mắc các bệnh da khác kèm theo.

Thời gian, địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 9/2022 đến hết tháng 8/2023.

- Địa điểm nghiên cứu: bệnh viện Da liễu trung ương, Hà Nội.

Thiết kế nghiên cứu. Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và chọn mẫu

- Cỡ mẫu được: theo công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ

- Chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, trong thời gian nghiên cứu đã có 101 bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi, giới
- Triệu chứng cơ năng: ngứa.
- Tổn thương cơ bản: màu sắc, kích thước, ranh giới, hình dạng.
- Hình ảnh tổn thương trên dermoscopy: màu nền, hình thái và màu sắc WS, hình thái và cách sắp xếp mạch máu, màu sắc và hình dạng sắc tố. So sánh hình ảnh tổn thương trên dermoscopy trước và sau khi điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

		n=101	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	1-19	9	8.9
	20-39	25	24.8
	40-59	35	34.6
	>60	32	31.7
	TB ± SD	47.5 ± 19.4	
Giới	Nam	54	53.5
	Nữ	47	46.5

Nhận xét: Tuổi của các bệnh nhân phân bố đủ các lứa tuổi, tuổi trung bình của các bệnh nhân là 47.5 ± 19.4. Nam mắc nhiều hơn nữ (53.5% so với 46.5%).

Bảng 3.2. Hình thái tổn thương cơ bản

Tổn thương	n	%
Sẩn	93	92.1
Mảng sẩn	40	39.6
Dài	2	2.0
Hiện tượng Kobner	15	14.9
Dát	13	12.9
Nhiễm sắc tố	2	2.0
Mạng lưới Wickham	60	59.4
Vảy da	14	13.9
Phối hợp tổn thương	45	44.6

Nhận xét: Tổn thương sẩn gặp nhiều nhất 92.1%, có 59.4% tổn thương quan sát được mạng lưới Wickham.

Bảng 3.3. Đặc điểm tổn thương LP trên Dermoscopy

		Đặc điểm	n=101	%
Màu nền tổn thương	Đỏ hồng		40	39.6
	Vàng		6	5.9
	Tím		49	48.5
	Nâu		7	6.9
Dạng mạch máu	Hình thái	Chấm	18	17.8
		Hình cầu	6	5.9
		Đường thẳng	7	6.9
		Đường thẳng + Chấm	35	34.7
	Phân bố	Lan tỏa	0	0
		Vùng rìa	63	62.4
		Rải rác	3	3.0
		Không	35	34.7
Tầng	Có	Mạng lưới nâu lan tỏa	11	10.9

sắc tố	Chấm/cầu màu nâu	2	2.0
	Hình cầu màu xanh xám	1	1.0
	Hỗn hợp	14	13.9
	Không	73	72.3

Nhận xét: Trên dermoscopy màu nền gặp nhiều nhất là màu tím 48.5%. Dạng mạch máu đường thẳng và chấm chiếm tỉ lệ cao nhất 34.7%, tập trung chủ yếu vùng rìa (62.4%). Có 27.7% có tổn thương sắc tố, chủ yếu là dạng hỗn hợp (13.9%).

Bảng 3.4. Đặc điểm hình ảnh mạng lưới Wickham trên Dermoscopy

Hình ảnh mạng lưới Wickham		n	%
Hình thái	Mạng lưới	62	61.4
	Dài	2	2.0
	Tia	24	23.8
Màu sắc	Màu trắng	74	73.3
	Màu vàng	10	9.9
	Màu xanh trắng	4	4.0
	Không	13	12.9

Nhận xét: Hình thái WS hay gặp nhất là dạng mạng lưới chiếm 61.4%, WS màu trắng chiếm tỉ lệ cao nhất 73.3%.

Bảng 3.5. So sánh hình ảnh dermoscopy trước điều trị và khi đã khỏi

Đặc điểm	Giai đoạn	Trước điều trị n=10	Khỏi n=10	P
Mạng lưới Wickham		10(100%)	0	<0.05
Mạch máu		8(80%)	0	<0.05
Sắc tố		4(40%)	10(100%)	<0.05

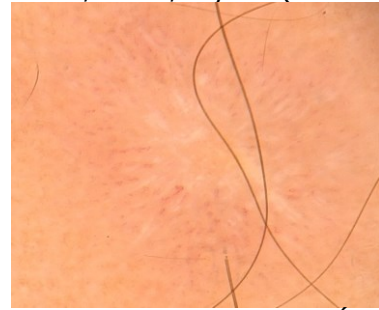
Nhận xét: Trước điều trị, tỉ lệ các yếu tố của LP quan sát được trên dermoscopy lần lượt là: WS 100%, mạch máu 80%, sắc tố 40%. Khi điều trị khỏi, tại tổn thương chỉ quan sát được sắc tố với tỉ lệ 100%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi của các bệnh nhân mắc LP xuất hiện ở mọi lứa tuổi, trong đó, lứa tuổi thường gặp nhất là 40-59 tuổi. Bệnh nhân nhỏ nhất 7 tuổi và già nhất là 84 tuổi, tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 47.5 ± 19.4. Về giới tính, bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ nam : nữ là 1.16 : 1.

Hình thái tổn thương da của LP trên lâm sàng rất đa dạng, có thể có sự kết hợp nhiều hình thái tổn thương trên cùng một bệnh nhân. Hình thái tổn thương hay gặp nhất là sẩn (92.1%), ngoài ra có thể thấy một số tổn thương khác với tỉ lệ xuất hiện lần lượt là: mảng sẩn (39.6%), dát (12.9%), dài (2%). Tổn thương sẩn trong LP là các sẩn đa giác, phẳng với nhiều kích thước to nhỏ khác nhau, nhiều sẩn to, bệnh

nhân chà xát nhiều hình thành các mảng sẩn, có thể đứng riêng rẽ hoặc rải rác trên mặt da. Trên bề mặt sẩn thường xuất hiện các đường kẻ trắng gọi là mạng lưới Wickham (Wickham striae – WS). WS là dấu hiệu điển hình giúp chẩn đoán phân biệt LP với các bệnh khác, tuy nhiên, mạng lưới này khó nhìn thấy hơn nhiều hoặc thậm chí có thể không nhìn thấy được ở vùng da tăng sắc tố hoặc da màu, hoặc khi bệnh nhân đã được điều trị như bôi steroid hoặc acid salicylic tại chỗ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 59.4% bệnh nhân quan sát được WS, kết quả này tương đồng với kết quả của Trần Mạnh Hà (60%) [2]. Các đặc điểm quan trọng cần đánh giá trên dermoscopy là màu nền tổn thương, mạng lưới WS, mạch máu, sắc tố, vảy da. (Hình 4.1)



Hình 4.1. Mạng lưới WS màu trắng, có các mạch máu dạng chấm và đường thẳng vùng ngoại vi, kèm theo có các chấm nâu và hình cầu xanh xám

Về màu nền tổn thương, kết quả của chúng tôi cho thấy màu nền tím chiếm tỉ lệ cao nhất 48.5%. Về hình thái mạch máu, có 65.3% tổn thương quan sát thấy mạch máu với tỉ lệ lần lượt là: đường thẳng + chấm/cầu (34.7%), chấm (17.8%), đường thẳng (6.9%), cầu (5.9%), các mạch máu chủ yếu phân bố vùng rìa (62.4%). Kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả của Manmohan [3] (66.65% tổn thương có mạch máu, hình thái hay gặp nhất là chấm/cầu + dài 41.02%, tổn thương tập trung vùng rìa 60%) và Lallas [4] (100% tổn thương có mạch máu, hình thái hay gặp nhất là chấm/cầu + dài 41.02%, tập trung chủ yếu vùng rìa 38.46%). Hình thái và cách phân bố các tổn thương mạch máu không có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán LP, chủ yếu giúp chẩn đoán phân biệt với các bệnh đỏ da bong vảy khác như Vảy nến, Vảy phấn hồng... Các tổn thương mạch máu trong Lichen phẳng thường gặp là dạng chấm/cầu, đường thẳng, thường sắp xếp vùng rìa tổn thương, một số ít trường hợp sắp xếp quanh nang hoặc lan tỏa.

Lichen phẳng là một rối loạn sẩn vảy được biết đến là gây sắc tố sau viêm và có thể ngăn

ngừa được nếu chẩn đoán sớm và điều trị hiệu quả kịp thời. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 27.7% bệnh nhân có tổn thương sắc tố quan sát được, trong đó dạng hỗn hợp chiếm tỉ lệ cao nhất (13.9%) gồm dạng mạng lưới nâu lan tỏa + chấm nâu hoặc mạng lưới nâu + hình cầu xanh xám. Kết quả của chúng tôi thấp hơn của Garg và cộng sự: màu xanh xám 53.3%, màu nâu 20%. Theo Vazquez-Lopez và cộng sự [5], hình ảnh sắc tố của LP trên dermoscopy thường có các dạng: lan tỏa, chấm/cầu - thô/mịn - màu xanh xám đến nâu và dạng hỗn hợp, các tổn thương có dạng màu nâu lan tỏa và các tổn thương có dạng chấm hoặc hỗn hợp mức độ thấp có sự thoái triển về mặt lâm sàng, trong khi các tổn thương còn lại tồn tại lâu, tỉ lệ thoái triển thấp. Chính vì vậy, tác giả cũng đề xuất sử dụng dermoscopy để tiên lượng hiệu quả điều trị bệnh.

Mạng lưới Wickham trên mô bệnh học thể hiện bằng vùng dày sừng chắc đặc phía trên các vùng tăng hạt hình nêm, tầng lớp hạt [6]. Chính vì vậy, WS được coi là đặc trưng của Lichen phẳng vì sự tăng lớp hạt là sự thay đổi mô học đặc trưng của bệnh. Trên lâm sàng, chúng tôi chỉ quan sát được 60 bệnh nhân (59.4%) có hình ảnh mạng lưới WS, nhưng trên dermoscopy chúng tôi quan sát được 88 bệnh nhân có WS (chiếm 87.1%). Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Manmohan [3] có 97.43% WS trên dermoscopy. Tuy nhiên, các sọc trắng tương tự như mạng lưới Wickham cũng có thể gặp trong các tổn thương sẹo hoặc các tổn thương đang lành của một số bệnh da (pseudo-WS) như Lupus ban đỏ dạng đĩa, sẩn ghe hoặc sẩn cục. Phân biệt các giả WS (pseudo-WS) với WS thực sự dựa trên hình dạng mạch máu, các mạch máu giãn nhiều đáng kể hơn so với các mạch máu trong LP. Hình dạng mạng lưới Wickham trong Lichen phẳng khá đa dạng: dạng mạng lưới, hình tròn, hình cầu, dạng tia, gân lá, trời sao, dạng dải... Kết quả của chúng tôi cho thấy hình thái WS hay gặp nhất là dạng mạng lưới (62.4%), tiếp đến là dạng tia (23.8%), dạng dải (2%). Kết quả của chúng tôi giống với kết quả của Gungor và cộng sự [7]: dạng mạng lưới hay gặp nhất 47.4%. Hình thái của WS có thể thay đổi tùy theo các thể lâm sàng đặc biệt của LP và dựa vào WS có thể giúp chẩn đoán thể lâm sàng [8]. Về màu sắc của WS, màu trắng gặp nhiều nhất (74.3%), tiếp đến là màu vàng (9.9%) và màu xanh trắng (4%). Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả của Gavvala và cộng sự [3], tỉ lệ WS màu trắng cao nhất 84.61%, màu vàng chỉ chiếm 12.82%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 10 bệnh nhân được đánh giá lại tổn thương sau điều trị. Trên dermoscopy, ở giai đoạn hoạt động 100% bệnh nhân có hình ảnh WS, sắc tố chiếm 40%. Giai đoạn thoái triển, các mạng lưới Wickham biến mất, chỉ còn tồn tại hình ảnh sắc tố dạng mạng lưới màu nâu lan tỏa hoặc các hình cầu màu xanh xám (100%). Kết quả này của chúng tôi phù hợp với kết quả của Gungor [7]: 50 bệnh nhân (100%) thuộc nhóm đã điều trị không có WS khi quan sát trên dermoscopy. Điều này cho thấy rằng WS có thể liên quan đến giai đoạn của bệnh, xuất hiện ở giai đoạn sớm, cấp tính và mất đi khi tổn thương đã được điều trị khỏi. Như vậy, ứng dụng của dermoscopy trong bệnh LP không chỉ giúp chẩn đoán mà còn theo dõi được hiệu quả điều trị bệnh.

V. KẾT LUẬN

Dermoscopy là một kỹ thuật không xâm lấn có giá trị không chỉ trong chẩn đoán LP mà còn hỗ trợ các bác sĩ lâm sàng đánh giá tiên lượng và đánh giá đáp ứng điều trị. Những phát hiện trong nghiên cứu này chứng minh vai trò quan trọng của dermoscopy, chúng tôi khuyến nghị nên sử dụng rộng rãi dermoscopy trong thực hành da liễu, giảm sự đau đớn và giảm thời gian chờ đợi kết quả cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Z. Fiocco, S. Kupf, L. Patzak, et al.** (2021), "Quality of Life and Psychopathology in Lichen Planus: A Neglected Disease Burden." *Acta Derm Venereol* 101(12), adv00619.
2. **T. M. Hà** (2007), Nghiên cứu hình thái học bệnh Lichen phẳng tại viện Da liễu quốc gia, Đại học Y Hà Nội. Luận văn thạc sĩ Y học.
3. **M. G. Manmohan Gavvala** (2021), "Utility of dermoscopy as a non-invasive diagnostic procedure in Lichen planus." *J Med Allied Sci* 11(1), 63-70.
4. **A. Lallas, A. Kyrgidis, T. G. Tzellos, et al.** (2012), "Accuracy of dermoscopic criteria for the diagnosis of psoriasis, dermatitis, lichen planus and pityriasis rosea." *Br J Dermatol* 166(6), 1198-1205.
5. **F. Vázquez-López, C. Maldonado-Seral, M. López-Escobar, et al.** (2003), "Dermoscopy of pigmented lichen planus lesions." *Clinical and Experimental Dermatology* 28(5), 554-555.
6. **B. S. Ankad and S. L. Beergouder** (2016), "Hypertrophic lichen planus versus prurigo nodularis: a dermoscopic perspective." *Dermatol Pract Concept* 6(2), 9-15.
7. **Ş. Güngör, I. O. Topal and E. K. Göncü** (2015), "Dermoscopic patterns in active and regressive lichen planus and lichen planus variants: a morphological study." *Dermatol Pract Concept* 5(2), 45-53.
8. **E. E. Aimilios Lallas** (2019), Papulosquamous disorders. *Dermoscopy in General Dermatology*.