

theo dõi tại khu hồi sức, chuyển khoa điều trị sau 72 giờ, ổn định xuất viện sau 14 ngày.

Xác nhận tăng thân nhiệt ác tính được thực hiện bằng test halothan - caffeine và được chỉ định khi bệnh nhân đã có phản ứng đáng ngờ trước đó hoặc ở những bệnh nhân có tiền sử gia đình [5].

Khả năng di truyền được mô tả trong tăng thân nhiệt ác tính chứng minh cho việc thực hiện nghiên cứu di truyền nhằm tìm kiếm sự hiện diện của đột biến và tư vấn di truyền tiếp theo trong các gia đình có tiền sử.

IV. KẾT LUẬN

Tăng thân nhiệt ác tính nếu không được phát hiện sớm và xử trí kịp thời có thể dẫn tới tử vong. Tử vong do tăng thân nhiệt ác tính giảm đi nếu sử dụng thuốc đặc trị Dantrolene sớm và đúng phác đồ. Nguy cơ tử vong sẽ cao hơn ở những bệnh nhân cao tuổi nhiều bệnh kèm theo hay người trẻ tuổi có khối cơ lớn, và những người có tình trạng đông máu trong lòng mạch.

Ca lâm sàng này được phát hiện sớm, xử trí kịp thời bằng Dantrolene (thuốc của hội Operation smile Việt Nam) nên bệnh nhân thoát được nguy cơ tử vong của tăng thân nhiệt ác tính.

V. KIẾN NGHỊ

EtCO₂ tăng cao bất thường là dấu hiệu chỉ điểm sớm trong tăng thân nhiệt ác tính vì vậy theo dõi EtCO₂ thường quy sẽ giúp bác sỹ gây mê chẩn đoán sớm nhiều bệnh lý diễn biến bất thường trong gây mê hồi sức.

Cần có trong tủ thuốc Dantrolene là thuốc đối kháng duy nhất được sử dụng để điều trị các phản ứng trong tăng thân nhiệt ác tính.

Tư vấn di truyền được khuyến cáo cho các trường hợp loạn dưỡng cơ, bệnh lý cơ hoặc tăng thân nhiệt ác tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. P.M.Hopkins, T.Grard, S.Dalay, B. Jenkins, A. Thacker, E.Patteril, "Guideline : Malignant hyperthermia 2020," Anaesthesia, vol. 76, pp. 655-664, 2021.
2. Rosenberg H, Pollock N, Schiemenn A, Bugar T, Stowell K, "Malignant hyperthermia: a review," Orphanet J Rare diseases, vol. 10, p. 93, 2015.
3. Litman RS, Griggs SM, et al., "Malignant hyperthermia susceptibility and related diseases," Anesthesiology, vol. 128, pp. 159-167, 2018.
4. Glahn K, Ellis FR, Halsal PJ, Miller SR, et al, "Recognizing and managing a malignant hyperthermia crisis: guidelines from the European Malignant hyperthermia Group," Br.J Anaesth, vol. 105, no. 4, pp. 417-420, 2010.
5. Larach MG, Gronert GA, Allen GC, "Clinical presentation, treatment and complication of malignant hyperthermia in North American from 1987 to 2006," Anesth Anal., vol. 110, pp. 498-507, 2010.
6. Larach MG, Localio AR, Allen GC, Denborough MA, Ellis FR, Gronert GA, et al, "A clinical grading scale to predict malignant hyperthermia susceptibility," Anaesthesiology, vol. 80, no. 9, p. 771, 1994.
7. "A protocol for the investigation of malignant hyperpyrexia (MH) susceptibility," The European Malignant Hyperpyrexia Group. Br J Anaes, vol. 9, no. 56, p. 1267, 1984.

HIỆU QUẢ CỦA ERYTHROMYCIN TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH VẢY PHẤN HỒNG GIBERT

Trần Thị Huyền^{1,2}, Phạm Thị Hằng¹

TÓM TẮT

Đây là một nghiên cứu can thiệp nhằm đánh giá hiệu quả của erythromycin đường uống trong điều trị bệnh vảy phấn hồng Gibert mức độ trung bình và nặng. Nhóm nghiên cứu được uống erythromycin 250mg 4 viên/ ngày, chia 2 lần, cùng các thuốc khác trong 2 tuần; nhóm chứng không dùng erythromycin đường uống. Sau 4 tuần điều trị, hiệu số điểm mức độ ngứa PNRS (Pruritus Numeric Rating Scale) của nhóm

erythromycin là $1,7 \pm 1,3$; của nhóm chứng là $1,6 \pm 1,4$ ($p=0,85$); hiệu số điểm mức độ bệnh PRSS (Pityriasis Rosea Severity Score) của nhóm erythromycin là $13,7 \pm 6,4$; của nhóm chứng là $10,1 \pm 6,4$ ($p=0,03$). Tỷ lệ khỏi của nhóm erythromycin là 33,3%, cao hơn so với nhóm chứng (20%) nhưng $p>0,05$. Ở nhóm erythromycin, có 2 trường hợp gặp tác dụng không mong muốn, trong đó 1 trường hợp (3,3%) biểu hiện ở đường tiêu hóa (buồn nôn, đau thượng vị), 1 trường hợp khác (3,3%) biểu hiện trên da (phát ban tạm thời). Erythromycin có thể là một lựa chọn phù hợp trong điều trị vảy phấn hồng mức độ trung bình và nặng. **Từ khóa:** Erythromycin, human herpes virus-7, pityriasis rosea of Gibert

SUMMARY

THE EFFECTIVENESS OF ERYTHROMYCINE IN THE TREATMENT OF PITYRIASIS ROSEA

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: 21.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 31.3.2025

OF GIBERT

This interventional study was conducted to evaluate the effectiveness of oral erythromycin in treating pityriasis rosea of Gibert on patients with moderate to severe. The study group received oral erythromycin at 250mg four times daily, divided into two doses and other medications for two weeks; the control group did not receive oral erythromycin. After 4 weeks of treatment, the mean Pruritus Numeric Rating Scale (PNRS) of the erythromycin group was 1.7 ± 1.3 , while that of the control group was 1.6 ± 1.4 ($p=0.85$). The mean Pityriasis Rosea Severity Score (PRSS) of the erythromycin group was 13.7 ± 6.4 , whereas that of the control group was 10.1 ± 6.4 ($p=0.03$). The cure rate in the erythromycin group was 33.3%, higher than that in the control group (20%) but $p>0.05$. In the erythromycin group, there were 2 cases of adverse effects, with one case (3.3%) manifested in gastrointestinal symptoms (nausea, epigastric pain) and another case (3.3%) presenting with temporary skin rash. Erythromycin may be suitable for treating moderate to severe pityriasis rosea. **Keywords:** erythromycin, human herpes virus-6, human herpes virus-7, pityriasis rosea of Gibert

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vảy phấn hồng Gibert (pityriasis rosea of Gibert) là một bệnh da tương đối phổ biến, diễn biến cấp tính, đôi khi bán cấp, tự giới hạn, gặp ở mọi nơi trên thể giới, không phân biệt chủng tộc. Nguyên nhân gây bệnh đến nay vẫn chưa rõ, nhiều đặc điểm lâm sàng, dịch tễ và miễn dịch của bệnh gợi ý căn nguyên nhiễm trùng. Các nghiên cứu gần đây tập trung nhiều vào căn nguyên virus, đặc biệt là hai loại virus herpes ở người (human herpes virus-HHV), HHV-6 và HHV-7, nhưng chưa thực sự có kết luận rõ ràng, đáng tin cậy.^{1,2}

Bệnh tiến triển lành tính, có thể tự khỏi nhưng thường gây lo lắng cho người bệnh vì thương tổn da nhiều, dai dẳng, có thể kèm theo ngứa, ảnh hưởng tới thẩm mỹ. Vì vậy, nhiều nghiên cứu tìm căn nguyên và phương pháp điều trị bệnh vảy phấn hồng đã được tiến hành trên thế giới. Các lựa chọn điều trị bao gồm acyclovir, erythromycin, ánh sáng trị liệu (tia cực tím) kết hợp kháng histamin đường uống, thuốc bôi corticoid và dưỡng ẩm. Năm 2000, Sharma và cộng sự cho thấy erythromycin đường uống (liều 1g/ngày trong 2 tuần) giúp cải thiện triệu chứng ngứa và thời gian phát ban của nhóm bệnh vảy phấn hồng so với nhóm dùng giả dược (tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn ở hai nhóm lần lượt là 73,33% và 0%, $p<0,0001$).³ Ngoài vai trò là kháng sinh, erythromycin còn được biết đến với tác dụng chống viêm, điều hòa miễn dịch. Trong ống nghiệm, kháng sinh nhóm macrolid có thể làm giảm quá trình bài tiết các cytokin tiền viêm và

chemokine bằng cách tác động lên nhiều tế bào viêm như bạch cầu đơn nhân, đại thực bào và nguyên bào sợi. Erythromycin có khả năng ngăn chặn sự biểu hiện của interleukin (IL)-8 trong tế bào lympho T thông qua sự ức chế phiên mã.⁴ Tại Việt Nam, hiện chưa có nghiên cứu nào đề cập đến hiệu quả của erythromycin đường uống trong điều trị bệnh vảy phấn hồng. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá hiệu quả của erythromycin đường uống trong điều trị vảy phấn hồng Gibert mức độ trung bình và nặng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh được chẩn đoán xác định vảy phấn hồng đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 9/2022 đến tháng 8/2023.

Tiêu chuẩn chẩn đoán theo Zawar năm 2003⁵: Đặc điểm lâm sàng chính (phải có): Thương tổn dát, sẩn bong vảy, hình tròn hoặc bầu dục, đứng rời rạc. Vảy da ở hầu hết các thương tổn. Vảy da rõ ở bờ thương tổn với trung tâm tương đối lành ở ít nhất 2 thương tổn.

Đặc điểm lâm sàng phụ (có ít nhất 1 trong 3 đặc điểm): Vị trí chủ yếu ở thân mình, gốc chi, ít hơn 10% từ ngón chi đến giữa cánh tay và giữa đùi. Phần lớn thương tổn phân bố dọc theo trục xương sườn. Thương tổn sơ phát không nhất thiết phải lớn nhất nhưng xuất hiện trước đợt toàn phát ít nhất 2 ngày.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán vảy phấn hồng mức độ trung bình đến nặng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Có bệnh lý mạn tính về gan, thận, tim, phổi, bệnh về máu, ung thư hoặc đang mắc các bệnh truyền nhiễm, nhiễm trùng cấp tính nặng, nhiễm HIV; phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú; tiền sử dị ứng, không dung nạp với erythromycin; người bệnh không có khả năng thực hiện theo hướng dẫn điều trị hoặc không tuân thủ điều trị; không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện Da liễu Trung ương, từ tháng 08/2022 đến tháng 8/2023.

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp, có nhóm chứng.

Các bước tiến hành nghiên cứu. Bệnh nhân vảy phấn hồng mức độ trung bình và nặng theo thang điểm PRSS (Pityriasis Rosea Severity Score) được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm.⁶ Để đảm bảo tính khách quan và tương đồng với nhau về một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị,

chúng tôi dùng một hộp đen đựng phiếu trong đó có 30 phiếu cho điều trị erythromycin và 30 phiếu cho nhóm chứng. Sau khi chọn được 1 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn, chúng tôi bốc ngẫu nhiên 1 phiếu trong hộp đen cho tới khi đủ số lượng cho 2 nhóm nghiên cứu và tiến hành điều trị.

Liệu trình điều trị. Nhóm erythromycin (30 bệnh nhân): Uống erythromycin 250mg 4 viên/ngày, chia 2 lần (sáng-tối, sau ăn) trong 2 tuần, tham khảo từ nghiên cứu trước đó.³

Cả nhóm erythromycin và nhóm chứng (30 bệnh nhân): Uống Alerius 5mg x 1 viên/ ngày, buổi tối, sau ăn cho đến khi hết ngứa. Bôi kem Asbesone lớp mỏng vào thương tổn da tay, chân, thân mình, cổ ngày 2 lần (sáng-tối). Bôi kem dưỡng ẩm toàn thân ngày nhiều lần, cho đến khi hết thương tổn. Xoa dưỡng ẩm trước, sau đó bôi thuốc Asbesone lên các thương tổn da.

Thời gian đánh giá hiệu quả điều trị: 1 tuần, 2 tuần, 4 tuần sau điều trị. Các tiêu chí đánh giá như sau: Sự xuất hiện thương tổn mới sau điều trị 1 tuần, 2 tuần, 4 tuần. Sự thoái triển thương tổn được đánh giá theo 3 mức độ: Thoái triển hoàn toàn (mất hoặc giảm đỏ ở tất cả thương tổn, để lại dát tăng hoặc giảm sắc tố); thoái triển một phần (giảm đỏ $\geq 50\%$ thương tổn); không thoái triển (giảm đỏ $< 50\%$ thương tổn). Đánh giá mức độ ngứa theo thang điểm PNRS (Pruritus Numeric Rating Scale): Không ngứa-0 điểm; ngứa nhẹ, chủ yếu vào buổi tối-1 điểm;

ngứa nhẹ, cả ngày-2 điểm; ngứa nhiều, chủ yếu buổi tối-3 điểm; ngứa nhiều, chủ yếu buổi tối, ảnh hưởng giấc ngủ-4 điểm; ngứa nhiều, cả ngày và đêm, ảnh hưởng giấc ngủ-5 điểm. Đánh giá mức độ nặng của bệnh theo chỉ số PRSS (min=0; max=54).⁶ Dựa trên chỉ số PRSS, nhóm nghiên cứu chia mức độ nặng của bệnh thành: nhẹ: < 10 điểm; trung bình: 10-19 điểm; nặng: ≥ 20 điểm. Tổng điểm được dùng để so sánh trước và sau điều trị. Điểm PRSS ≤ 2 được xem là sạch thương tổn, khỏi bệnh. Theo dõi các tác dụng không mong muốn của thuốc.

2.3. Xử lý số liệu. Xử lý số liệu theo phần mềm SPSS 20.0. Các test thống kê phù hợp được sử dụng: t-test, test khi bình phương (χ^2). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức về nghiên cứu y sinh, Bệnh viện Da liễu Trung ương theo quyết định số 82/HĐĐĐ-BVDLTW, ngày 01 tháng 09 năm 2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 30 bệnh nhân thuộc nhóm erythromycin và 30 bệnh nhân thuộc nhóm chứng tham gia nghiên cứu. Các đặc điểm chung của hai nhóm được thể hiện ở Bảng 1. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh trung bình, điểm trung bình PNRS và PRSS trước điều trị giữa hai nhóm với $p > 0,05$.

Bảng 1. Đặc điểm chung của hai nhóm nghiên cứu

Chỉ số	Nhóm erythromycin (n=30)	Nhóm chứng (n=30)	p
Tuổi (năm), $\bar{X} \pm SD$	29,8 $\pm$ 8,5	28,2 $\pm$ 9,3	0,481*
Giới	Nam	10 (33,3%)	0,781 [†]
	Nữ	20 (66,7%)	
Thời gian mắc bệnh (ngày), $\bar{X} \pm SD$	22 $\pm$ 15,0	18,97 $\pm$ 9,1	0,349*
Điểm PNRS, $\bar{X} \pm SD$	1,9 $\pm$ 1,3	1,9 $\pm$ 1,4	0,532*
Điểm PRSS, $\bar{X} \pm SD$	18,83 $\pm$ 5,2	17,8 $\pm$ 3,6	0,376*

*t-test; [†]test χ^2 ; PNRS: Pruritus Numeric Rating Scale-điểm mức độ ngứa; PRSS: Pityriasis Rosea Severity Score-điểm mức độ nặng của bệnh vảy phấn hồng.

Sau 4 tuần điều trị, các đặc điểm về mức độ ngứa, mức độ bệnh, thoái triển thương tổn và sự xuất hiện thương tổn mới của hai nhóm không có sự khác biệt (Bảng 2).

Bảng 2. Một số đặc điểm của hai nhóm sau 4 tuần điều trị

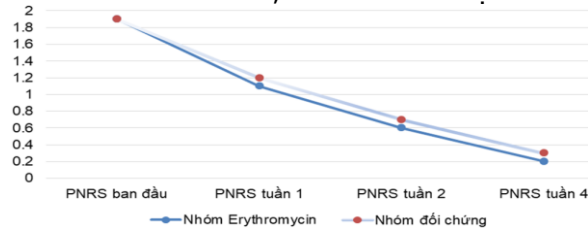
Đặc điểm	Nhóm erythromycin (n=30)	Nhóm chứng (n=30)	p (test χ^2)
Mức độ ngứa, n (%)			
Không ngứa (PNRS = 0)	27 (90)	25 (83,3)	0,689
Ngứa nhẹ (PNRS = 1-2)	2 (6,7)	4 (13,3)	0,388
Ngứa nhiều (PNRS = 3-5)	1 (3,3)	1 (3,3)	0,957
Mức độ bệnh (PRSS), n (%)			
Nhẹ	26 (86,7)	23 (76,7)	0,601
Trung bình	3 (10)	5 (16,7)	0,414
Nặng	1 (3,3)	2 (6,7)	0,506
Thoái triển thương tổn, n (%)			

Không thoái triển	2 (6,7)	4 (13,3)	0,412
Thoái triển một phần	18 (60)	20 (66,7)	0,521
Thoái triển hoàn toàn	10 (33,3)	6 (20)	0,221
Xuất hiện thương tổn mới, n (%)	6 (20)	8 (26,7)	0,542

Bảng 3. Hiệu số điểm PNRS trung bình của hai nhóm

Thời điểm	Nhóm erythromycin Hiệu số điểm PNRS* ($\bar{Z} \pm SD$)	Nhóm chứng Hiệu số điểm PNRS* ($\bar{Z} \pm SD$)	p (t-test)
Tuần 1	0,8 $\pm$ 0,8	0,7 $\pm$ 0,5	0,446
Tuần 2	1,3 $\pm$ 1,2	1,2 $\pm$ 1,0	0,821
Tuần 4	1,7 $\pm$ 1,3	1,6 $\pm$ 1,4	0,850

PNRS: Pruritus Numeric Rating Scale-điểm mức độ ngứa; *Hiệu số được tính bằng điểm PNRS của tuần 1, tuần 2, tuần 4 tương ứng trừ đi điểm PNRS ban đầu, trước khi điều trị



Biểu đồ 1. Điểm trung bình PNRS của hai nhóm

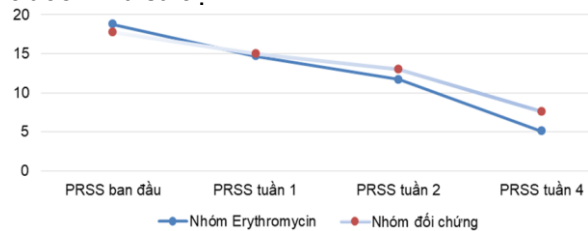
PNRS: Pruritus Numeric Rating Scale-điểm mức độ ngứa

Hiệu số điểm PNRS của nhóm erythromycin cao hơn so với nhóm chứng tại các thời điểm sau điều trị 1 tuần, 2 tuần và 4 tuần, nghĩa là hiệu quả giảm ngứa của nhóm erythromycin tốt hơn so với nhóm chứng. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ (Bảng 3 và Biểu đồ 1).

Bảng 4. Hiệu số điểm PRSS trung bình của hai nhóm

Thời điểm	Nhóm erythromycin Hiệu số điểm PRSS ($\bar{Z} \pm SD$)	Nhóm chứng Hiệu số điểm PRSS ($\bar{Z} \pm SD$)	p* (t-test)
Tuần 1	4,1 $\pm$ 3,0	2,8 $\pm$ 2,8	0,082
Tuần 2	7,1 $\pm$ 4,9	4,8 $\pm$ 4,5	0,064
Tuần 4	13,7 $\pm$ 6,4	10,1 $\pm$ 6,0	0,030

PRSS: Pityriasis Rosea Severity Score-điểm mức độ nặng của bệnh vảy phấn hồng; *Hiệu số được tính bằng điểm PRSS của tuần 1, tuần 2, tuần 4 tương ứng trừ đi điểm PRSS ban đầu, trước khi điều trị



Biểu đồ 2. Điểm trung bình PRSS của hai nhóm

PRSS: Pityriasis Rosea Severity Score-điểm mức độ nặng của bệnh vảy phấn hồng

Hiệu số điểm PRSS của nhóm erythromycin cao hơn so với nhóm chứng tại các thời điểm sau điều trị 1 tuần và 2 tuần. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tại thời điểm 4 tuần sau điều trị, hiệu số điểm PRSS của nhóm erythromycin cao hơn so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (Bảng 4 và Biểu đồ 2).

Sau điều trị 4 tuần, tỷ lệ khỏi bệnh của nhóm erythromycin là 33,3%, cao hơn so với nhóm đối chứng (20%). Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ (test χ^2). Sau 4 tuần điều trị, ở nhóm erythromycin có 2 trường hợp gặp tác dụng không mong muốn, trong đó 1 trường hợp (3,3%) biểu hiện ở đường tiêu hóa (buồn nôn, đau thượng vị), 1 trường hợp khác (3,3%) biểu hiện trên da (phát ban tạm thời). Chưa ghi nhận tác dụng không mong muốn ở nhóm chứng.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, sau 4 tuần điều trị, tỷ lệ người bệnh không ngứa ở nhóm erythromycin cao hơn nhóm chứng (90% so với 83,3%) và tỷ lệ người bệnh ngứa nhiều ở cả hai nhóm đều giảm, còn 3,3%. Hiệu số điểm ngứa (PNRS) của nhóm erythromycin cao hơn so với nhóm chứng tại các thời điểm sau điều trị 1 tuần, 2 tuần và 4 tuần, nghĩa là hiệu quả giảm ngứa của nhóm erythromycin tốt hơn so với nhóm chứng. Theo y văn, người bệnh vảy phấn hồng thường ít có triệu chứng cơ năng và triệu chứng toàn thân nhưng trên thực tế, có nhiều bệnh nhân có ngứa.

Năm 2022, Ali S. Salloom so sánh hiệu quả của erythromycin và prednisolone đường uống trong điều trị bệnh vảy phấn hồng. Kết quả cho thấy tỷ lệ người bệnh trong nhóm erythromycin sạch thương tổn da và hết triệu chứng ngứa sau 2 tuần, 4 tuần và 6 tuần lần lượt là 76%, 88% và 100%.⁷ Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi cũng như các tác giả khác đều cho thấy erythromycin đường uống góp phần cải thiện triệu chứng ngứa trên lâm sàng. Mặc dù trong nghiên cứu của chúng tôi, sự khác biệt, sự cải thiện chưa cao hơn nhóm chứng một cách có ý nghĩa thống kê.

Sau 4 tuần điều trị, theo thang điểm PRSS, tỷ lệ người bệnh mức độ nhẹ của nhóm

erythromycin và nhóm đối chứng lần lượt là 86,7% và 76,7%; nhóm erythromycin có 33,3% trường hợp khỏi bệnh, cao hơn so với nhóm đối chứng (20%). Hiệu số giảm điểm PRSS trung bình của nhóm erythromycin tốt hơn so với nhóm chứng sau điều trị 1 tuần, 2 tuần, mặc dù sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. Tại thời điểm 4 tuần sau điều trị, hiệu số giảm PRSS của nhóm erythromycin tốt hơn so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (t-test). Nghiên cứu của Ali S. Salloom cũng cho kết quả điều trị khá và tốt khi theo dõi 25 người bệnh vảy phấn hồng được điều trị bằng erythromycin đường uống liều 1 g/ngày trong 2 tuần. Sau điều trị 2 tuần, tỷ lệ khỏi bệnh của nhóm erythromycin là 76%, sau 4 tuần và sau 6 tuần, tỷ lệ này lần lượt đạt 88% và 100%.⁷ Amirhooshang Ehsani so sánh hiệu quả điều trị của acyclovir và erythromycin cho thấy sau 8 tuần điều trị, tỷ lệ khỏi bệnh của nhóm erythromycin chỉ đạt 40%, trong khi ở nhóm acyclovir là 86,67%.⁸

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ xuất hiện thương tổn mới giảm dần ở cả hai nhóm qua các tuần 1, 2 và 4 sau điều trị, tuy nhiên, các tỷ lệ ở nhóm erythromycin tại các thời điểm đánh giá đều thấp hơn so với nhóm chứng. Tại tuần 4, tỷ lệ này của nhóm erythromycin và nhóm chứng lần lượt là 20% và 26,7%. Những trường hợp còn xuất hiện thương tổn mới tại thời điểm 4 tuần sau điều trị đa số là người bệnh mức độ nặng, có diễn biến bệnh phức tạp trước khi điều trị. Tại thời điểm thăm khám và đồng ý tham gia nghiên cứu, đa số các trường hợp này biểu hiện lâm sàng râm rộ với thương tổn da nhiều, phân bố toàn thân, trừ một số vùng như mặt, lòng bàn tay, lòng bàn chân và sinh dục, do đó khả năng đáp ứng điều trị thấp hơn những người bệnh khác.

Từ các kết quả trên, chúng tôi nhận thấy erythromycin đường uống có hiệu quả giúp cải thiện triệu chứng ngứa và mức độ nặng trong điều trị bệnh vảy phấn hồng, tuy nhiên, hiệu quả này chưa thực sự vượt trội so với nhóm đối chứng. Ngoài tác dụng kìm khuẩn, erythromycin còn có tác dụng chống viêm và điều hòa miễn dịch,⁴ do đó, ở nhóm erythromycin, thuốc giúp giảm tình trạng viêm đỏ trên da và triệu chứng ngứa tốt hơn so với nhóm chỉ sử dụng kháng histamin uống và thuốc bôi tại chỗ.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận hai trường hợp gặp tác dụng không mong muốn. Trong đó một trường hợp (3,3%) biểu hiện buồn nôn và đau tức thượng vị. Sau khi được hướng dẫn thay đổi cách dùng thuốc, uống thuốc sau

bữa ăn, người bệnh thuyên giảm triệu chứng kích thích tiêu hóa và đồng ý tiếp tục điều trị. Trường hợp còn lại (3,3%) biểu hiện phát ban ngoài da thoáng qua ngay sau uống thuốc 30 phút và tự hết sau vài giờ. Các nghiên cứu khác trên thế giới cũng cho thấy tác dụng không mong muốn của erythromycin đường uống là ít gặp và không nghiêm trọng. Nghiên cứu của Sharma chỉ gặp 2 trường hợp (4,4%) biểu hiện buồn nôn.³ Các trường hợp ghi nhận tác dụng không mong muốn này đều có biểu hiện nhẹ và vẫn tiếp tục dùng thuốc hết đợt điều trị.

Nghiên cứu này có hạn chế là cỡ mẫu nhỏ, thời gian theo dõi bệnh tới 4 tuần, tương đối ngắn, nên chưa ghi nhận được thời gian lành bệnh. Theo y văn, bệnh vảy phấn hồng có thể diễn biến trong 4-12 tuần. Tuy vậy, kết quả ban đầu cho thấy erythromycin đường uống là một phương pháp tương đối an toàn, có khả năng dung nạp tốt trong điều trị vảy phấn hồng. Có thể cân nhắc lựa chọn erythromycin cho những người bệnh mức độ trung bình trở lên hoặc trường hợp không đáp ứng với các phương pháp điều trị khác vì thuốc có khả năng giảm mức độ nặng của bệnh và giảm ngứa.

V. KẾT LUẬN

So với nhóm không dùng erythromycin, nhóm erythromycin có hiệu quả giảm ngứa tốt hơn, giảm mức độ bệnh tốt hơn, tỷ lệ xuất hiện thương tổn mới thấp hơn, mức độ thoái triển thương tổn nhanh hơn, tỷ lệ khỏi bệnh cao hơn.

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. Chúng tôi xin cam kết không có sự xung đột lợi ích trong nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Watanabe T, Kawamura T, Jacob SE, et al.** Pityriasis rosea is associated with systemic active infection with both human herpesvirus-7 and human herpesvirus-6. *J Invest Dermatol.* 2002; 119(4): 793-797. doi:10.1046/j.1523-1747.2002.00200.x
2. **Broccolo F, Drago F, Careddu AM, et al.** Additional Evidence that Pityriasis Rosea Is Associated with Reactivation of Human Herpesvirus-6 and -7. *J Invest Dermatol.* 2005;124(6): 1234-1240. doi:10.1111/j.0022-202X.2005.23719.x
3. **Sharma PK, Yadav TP, Gautam RK, Taneja N, Satyanarayana L.** Erythromycin in pityriasis rosea: A double-blind, placebo-controlled clinical trial. *J Am Acad Dermatol.* 2000;42(2):241-244. doi:10.1016/S0190-9622(00)90132-4
4. **Aoki Y, Kao PN.** Erythromycin Inhibits Transcriptional Activation of NF- κ B, but not NFAT,

- through Calcineurin-Independent Signaling in T Cells. *Antimicrob Agents Chemother.* 1999; 43(11):2678-2684. doi:10.1128/AAC.43.11.2678
5. **Chuh A.** Diagnostic criteria for pityriasis rosea: a prospective case control study for assessment of validity. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2003; 17(1): 101-103. doi: 10.1046/j.1468-3083.2003. 00519_4.x
 6. **Leenutaphong V, Jiamton S.** UVB phototherapy for pityriasis rosea: a bilateral comparison study. *J Am Acad Dermatol.* 1995;33(6): 996-999. doi:10.1016/0190-9622(95) 90293-7
 7. **Ali S. Salloom, Mohammed J.E. Ahmed, Nameer K. Al-Sudany.** Treatment of pityriasis rosea with erythromycin and prednisolone: A comparative study. *Journal of Natural Science, Biology and Medicine.* 2022; 13(2):102-109.
 8. **Ehsani A, Esmaily N, Noormohammadpour P, et al.** The comparison between the efficacy of high dose acyclovir and erythromycin on the period and signs of pitiriasis rosea. *Indian J Dermatol.* 2010;55(3):246. doi:10.4103/0019-5154.70672

VAI TRÒ CỦA CHỈ SỐ ABI TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH TẮC ĐỘNG MẠCH MẠN TÍNH CHI DƯỚI

Lâm Văn Nút¹, Nguyễn Văn Trang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm tìm hiểu mối liên quan giữa ABI (Ankle Brachial Index) với triệu chứng lâm sàng và tổn thương trên hình ảnh học trong chẩn đoán bệnh tắc động mạch mạn tính chi dưới (TĐMMTCD) có chỉ định phẫu thuật, đồng thời đánh giá vai trò của chỉ số ABI trong theo dõi kết quả điều trị ngoại khoa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả hàng loạt ca trên 91 bệnh nhân được chẩn đoán TĐMMTCD tại Bệnh viện Chợ Rẫy và Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM từ tháng 07/2013 đến tháng 04/2014. Các bệnh nhân được đánh giá ABI trước và sau mổ, khảo sát tương quan giữa ABI với các triệu chứng lâm sàng và hình ảnh học. **Kết quả:** Tuổi trung bình $68 \pm 15,07$; nam chiếm 79,1%. ABI trung bình trước mổ $0,26 \pm 0,23$ và sau mổ $0,76 \pm 0,25$ ($p < 0,001$). Khi $ABI < 0,4$, đa số bệnh nhân ở giai đoạn Fontaine III và IV (92,3% và 92,5%); khi $0,4 \leq ABI < 0,75$, đa số ở giai đoạn Fontaine IIB (92%). Giá trị ABI giảm dần theo số lượng động mạch bị tổn thương và mức độ nặng theo phân loại TASC. Sau phẫu thuật, ABI tăng có ý nghĩa thống kê, trong đó kết quả tốt khi $ABI > 0,75$, khá khi $ABI > 0,4$ và thất bại khi $ABI < 0,4$. **Kết luận:** Chỉ số ABI có giá trị trong chẩn đoán, đánh giá mức độ tổn thương và theo dõi kết quả điều trị ngoại khoa bệnh TĐMMTCD. ABI trước mổ $\geq 0,4$ là yếu tố tiên lượng tốt cho kết quả phẫu thuật. **Từ khóa:** ABI, tắc động mạch mạn tính chi dưới, Fontaine, TASC II.

SUMMARY

THE ROLE OF ABI IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC LOWER EXTREMITY ARTERIAL OCCLUSION DISEASE
Objective: To evaluate the relationship between

ABI (Ankle Brachial Index) with clinical symptoms and imaging findings in diagnosing chronic lower extremity arterial occlusion disease (CLEAOD) requiring surgery, and to assess the role of ABI in evaluating surgical treatment outcomes. **Methods:** A prospective, descriptive case series study on 91 patients diagnosed with CLEAOD at Cho Ray Hospital and University Medical Center HCMC from July 2013 to April 2014. Patients were evaluated for ABI before and after surgery, and correlations between ABI and clinical symptoms and imaging findings were investigated. **Results:** Mean age was $68 \pm 15,07$; males accounted for 79.1%. Average ABI before surgery was 0.26 ± 0.23 and after surgery 0.76 ± 0.25 ($p < 0.001$). When $ABI < 0.4$, most patients were in Fontaine stages III and IV (92.3% and 92.5%); when $0.4 \leq ABI < 0.75$, most were in Fontaine stage IIB (92%). ABI values decreased with increasing number of arteries affected and severity according to TASC classification. After surgery, ABI increased significantly, with good results when $ABI > 0.75$, fair when $ABI > 0.4$, and failure when $ABI < 0.4$. **Conclusion:** ABI is valuable in diagnosing, assessing the severity, and monitoring surgical treatment outcomes of CLEAOD. Preoperative $ABI \geq 0.4$ is a good prognostic factor for surgical outcomes.

Keywords: ABI, chronic lower extremity arterial occlusion, Fontaine, TASC II.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc động mạch mạn tính chi dưới (TĐMMTCD) là bệnh lý thường gặp, bệnh thường diễn tiến âm thầm và khi chẩn đoán được thường là ở giai đoạn muộn. Theo thống kê có khoảng 27 triệu người ở Bắc Mỹ và Châu Âu bị mắc bệnh. Theo hiệp hội tim mạch Hoa Kỳ, tỉ lệ bệnh nhân mắc bệnh lý động mạch không có triệu chứng ngày càng tăng, chiếm khoảng 20-50% [1].

Phát hiện và chẩn đoán sớm bệnh TĐMMTCD giúp điều trị hiệu quả và ngăn ngừa những hậu quả nghiêm trọng như cắt cụt chi, thậm chí tử vong. Đo huyết áp tâm thu cổ chân, cánh tay và tính ABI (Ankle Brachial Index) là phương pháp hữu hiệu nhất giúp chẩn đoán sớm

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Bệnh viện ĐKTP Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: TS.BS. Lâm Văn Nút

Email: nutlamvan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 24.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.2.2025

Ngày duyệt bài: 31.3.2025