

liên quan đến các yếu tố nội tiết tố, quá trình lão hóa, và giai đoạn mãn kinh ở phụ nữ. Mỗi liên hệ giữa sự bất tương hợp thất trái – động mạch và suy tim là một vòng xoắn bệnh lý nguy hiểm. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy Ees ở nhóm NMCT cấp có suy tim thấp hơn đáng kể so với nhóm không suy tim, trong khi VAC lại tăng cao hơn rõ rệt ($p < 0,001$). Mặc dù Ea không có sự khác biệt giữa hai nhóm, điều này có thể do các bệnh nhân đã được điều trị bằng các thuốc giãn mạch. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của Phạm Vũ Thu Hà và cộng sự (2019) [7], đều khẳng định suy tim là một yếu tố làm nặng thêm sự bất tương hợp này. Một điểm đáng chú ý là nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy mối liên hệ giữa các chỉ số Ea, Ees, VAC và số nhánh động mạch vành bị tổn thương. Điều này cũng được xác nhận trong các nghiên cứu khác của Nguyễn Thị Thanh Hải và cộng sự [8] và Phạm Vũ Thu Hà và cộng sự [7]. Điều này có thể được giải thích là các chỉ số này không chỉ phản ánh mức độ tổn thương cục bộ mà còn là sự đáp ứng toàn thể của hệ thống tim mạch. Chức năng thất trái và hậu gánh động mạch chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố tổng hợp hơn là chỉ số lượng mạch máu bị tắc.

Tóm lại, việc đánh giá sự tương hợp thất trái và động mạch, thông qua chỉ số VAC, cung cấp một cái nhìn toàn diện và có giá trị tiên lượng về chức năng tim ở bệnh nhân NMCT cấp. VAC tăng cao là một dấu hiệu của sự bất tương hợp nặng nề, đặc biệt ở người cao tuổi và bệnh nhân suy tim, cho thấy tim đang hoạt động kém hiệu quả. Mặc dù các phương pháp điều trị hiện đại có thể cải thiện một số chỉ số như Ea, nhưng việc đánh giá toàn diện các chỉ số này vẫn rất cần thiết để đưa ra chiến lược điều trị tối ưu, đặc biệt là trong việc kiểm soát hậu gánh và cải thiện chức năng co bóp của tim.

V. KẾT LUẬN

Ea và VAC ở nhóm NMCT tăng cao hơn so với nhóm chứng. VAC có mối tương quan nghịch với tuổi và LVEF, Ees có mối tương quan thuận với LVEF. VAC ở nhóm NMCT có suy tim cao hơn nhóm không có suy tim. Ea, Ees, VAC không có mối liên quan với số nhánh động mạch vành tổn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lee, J.G. and S.J. Joo, Arterial stiffness and cardiovascular risk. Korean J Intern Med, 2019. 34(3): p. 504-506.
2. Ikonomidis, I., et al., The role of ventricular-arterial coupling in cardiac disease and heart failure: assessment, clinical implications and therapeutic interventions. A consensus document of the European Society of Cardiology Working Group on Aorta & Peripheral Vascular Diseases, European Association of Cardiovascular Imaging, and Heart Failure Association. Eur J Heart Fail, 2019. 21(4): p. 402-424.
3. Scarlatescu, A.I., et al., Left Ventricular-Arterial Coupling as an Independent Predictor of Adverse Events in Young Patients with ST Elevation Myocardial Infarction-A 3D Echocardiographic Study. Biomedicine, 2024. 12(1).
4. Thygesen, K., et al., Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018). Circulation, 2018. 138(20): p. e618-e651.
5. Chen, C.H., et al., Noninvasive single-beat determination of left ventricular end-systolic elastance in humans. J Am Coll Cardiol, 2001. 38(7): p. 2028-34.
6. Holm, H., et al., Ventricular-arterial coupling (VAC) in a population-based cohort of middle-aged individuals: The STANISLAS cohort. Atherosclerosis, 2023. 374: p. 11-20.
7. Duc, H.T., et al., Ventriculo-arterial coupling in patients with stable ischemic heart disease undergoing percutaneous coronary intervention. Int J Cardiovasc Imaging, 2022. 38(3): p. 571-577.
8. Nguyễn Thị Thanh Hải, L.C.T., Mối liên quan giữa chỉ số tương hợp thất trái - động mạch với đặc điểm tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính. Tạp chí y dược học quân sự, 2017. 4: p. 95 - 100.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SẼO LỖI BẰNG TIÊM NỘI TỐN THƯƠNG TRIAMCINOLON ACETONID KẾT HỢP 5 - FU

Trần Thị Thanh Tâm¹, Nguyễn Duy Nhân¹, Nguyễn Mậu Tráng¹,
Lê Thị Hoài Thu¹, Nguyễn Hữu Sáu^{1,2}, Vũ Huy Lượng^{1,2}

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Đa liễu Trung Ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thanh Tâm

Email: tranthanhtam.fmh@gmail.com

Đặt vấn đề: Sẻo lồi là bệnh tăng sinh xơ lành tính nhưng thường phát triển liên tục, có thể gây ngứa

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2025

Ngày duyệt bài: 15.9.2025

đau. Triamcinolon là thuốc điều trị chính nhưng nhiều tác dụng phụ, tỉ lệ tái phát cao. Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu so sánh kết quả điều trị sẹo lồi bằng tiêm nội tổn thương Triamcinolon acetonid kết hợp 5 – FU với Triamcinolon acetonid. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 33 bệnh nhân bao gồm 90 sẹo lồi ở ngực, được chia ngẫu nhiên chia vào hai nhóm điều trị: nhóm 1 có 20 bệnh nhân (45 sẹo) được tiêm nội tổn thương Triamcinolon acetonid kết hợp 5 – FU tỉ lệ 1/9 và nhóm 2 có 13 bệnh nhân (45 sẹo) được tiêm nội tổn thương Triamcinolon acetonid kết hợp Natri clorid 0,9% tỉ lệ 1/9. Các bệnh nhân được tiêm hàng tuần đến tối đa 12 tuần hoặc đến khi sẹo phẳng hoàn toàn. Đánh giá hiệu quả điều trị dựa trên sự cải thiện về độ dày, độ cứng, độ đỏ. **Kết quả:** Tại tuần thứ 4, phần trăm cải thiện trung bình về độ dày của nhóm 1 là $75,25 \pm 22,97$ cao hơn nhóm 2 là $48,39 \pm 33,15$ ($p < 0,001$); phần trăm cải thiện trung bình về độ cứng của nhóm 1 là $75,41 \pm 23,81$ cao hơn nhóm 2 là $58,33 \pm 34,45$ ($p = 0,008$); phần trăm cải thiện trung bình về độ đỏ của nhóm 1 là $91,89 \pm 30,81$ cao hơn nhóm 2 là $47,99 \pm 31,49$ ($p < 0,001$). Tại tuần thứ 8, phần trăm cải thiện trung bình về độ dày của nhóm 1 là $89,05 \pm 11,53$ cao hơn nhóm 2 là $74,5 \pm 24,8$ ($p = 0,012$); phần trăm cải thiện trung bình về độ cứng của nhóm 1 là $89,42 \pm 12,59$ cao hơn nhóm 2 là $76,75 \pm 27,01$ ($p = 0,041$); phần trăm cải thiện trung bình về độ đỏ của nhóm 1 là $99,23 \pm 3,92$ cao hơn nhóm 2 là $70,01 \pm 36,26$ ($p < 0,001$). Tỉ lệ cải thiện triệu chứng ngứa của nhóm 1, nhóm 2 tương ứng là 100%, 91,6% ($p > 0,05$). Tỉ lệ cải thiện triệu chứng đau của nhóm 2, nhóm 2 tương ứng là 100%, 83,3% ($p > 0,05$). Tác dụng phụ chính của nhóm 1 là tăng sắc tố chiếm 86,7% và vảy da, trợt da tự lành sau 2 tuần chiếm 22,2%. Tác dụng phụ chính của nhóm 2 là tăng sắc tố chiếm 22,2%. **Kết luận:** Điều trị sẹo lồi bằng tiêm nội tổn thương Triamcinolon acetonid kết hợp 5 – FU là phương pháp an toàn, có hiệu quả cao hơn Triamcinolon acetonid. **Từ khóa:** sẹo lồi, tiêm nội tổn thương, Triamcinolon acetonid kết hợp 5 – FU, Triamcinolon acetonid

SUMMARY

OUTCOMES OF INTRALESIONAL INJECTION OF TRIAMCINOLONE ACETONIDE COMBINED WITH 5-FLUOROURACIL FOR KELOID TREATMENT

Background: Keloids are benign fibroproliferative lesions that often progress continuously and may cause pruritus or pain. Triamcinolone acetonide is the mainstay of treatment but is associated with multiple adverse effects. This study aimed to compare the therapeutic outcomes of intralesional injections of triamcinolone acetonide combined with 5-fluorouracil (5-FU) versus triamcinolone acetonide alone in the treatment of keloids. **Subjects and Methods:** A total of 33 patients with 90 keloids located on the chest were randomly assigned to two treatment groups. Group 1 consisted of 20 patients (45 keloids) receiving intralesional injections of triamcinolone acetonide combined with 5-FU at a 1:9 ratio. Group 2 included 13 patients (45 keloids) receiving intralesional

injections of triamcinolone acetonide combined with 0.9% sodium chloride at a 1:9 ratio. Injections were administered weekly for up to 12 weeks or until complete flattening of the keloid. **Results:** At week 4th, the mean percentage improvement in thickness in Group 1 was $75.25 \pm 22.97\%$, significantly higher than Group 2 ($48.39 \pm 33.15\%$; $p < 0.001$). The mean percentage improvement in firmness was $75.41 \pm 23.81\%$ in Group 1 versus $58.33 \pm 34.45\%$ in Group 2 ($p = 0.008$). The mean percentage improvement in redness was $91.89 \pm 30.81\%$ in Group 1 compared to $47.99 \pm 31.49\%$ in Group 2 ($p < 0.001$). At week 8, the mean percentage improvement in thickness was $89.05 \pm 11.53\%$ in Group 1 versus $74.50 \pm 24.80\%$ in Group 2 ($p = 0.012$). The mean percentage improvement in firmness was $89.42 \pm 12.59\%$ in Group 1 versus $76.75 \pm 27.01\%$ in Group 2 ($p = 0.041$). The mean percentage improvement in redness was $99.23 \pm 3.92\%$ in Group 1 versus $70.01 \pm 36.26\%$ in Group 2 ($p < 0.001$). Symptom improvement rates for pruritus were 100% in Group 1 and 91.6% in Group 2 ($p > 0.05$), while pain improvement rates were 100% and 83.3%, respectively ($p > 0.05$). The main adverse effect in Group 1 was hyperpigmentation (86.7%), along with self-limited scaling or erosion in 22.2% of cases. In Group 2, hyperpigmentation occurred in 22.2% of cases. **Conclusions:** Intralesional injection of triamcinolone acetonide combined with 5-FU is a safe and more effective treatment for keloids compared with triamcinolone acetonide alone.

Keywords: keloid, intralesional injection, triamcinolone acetonide plus 5-fluorouracil, triamcinolone acetonide

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sẹo lồi là bệnh tăng sinh xơ lành tính, thường phát triển liên tục, vượt quá giới hạn của tổn thương ban đầu. Bệnh ảnh hưởng xấu tới bệnh nhân không chỉ về mặt thẩm mỹ, mà khi sẹo lớn, co kéo còn có thể gây ra hạn chế vận động, cảm giác đau, ngứa tại vị trí sẹo.

Có nhiều phương pháp điều trị sẹo lồi, trong đó tiêm nội tổn thương Triamcinolon acetinoid (TA) là lựa chọn đầu tay. Tuy nhiên, liều điều trị là 10-40 mg/ml gây nhiều tác dụng phụ tại chỗ và toàn thân. Việc phối hợp TA và các thuốc độc tế bào như 5 – FU có thể làm tăng hiệu quả điều trị và giảm tác dụng không mong muốn do sử dụng TA liều cao gây ra. Trên thế giới đã có một số nghiên cứu đánh giá hiệu quả của liệu pháp phối hợp này so với sử dụng TA nhưng ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này. Do vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu so sánh kết quả điều trị sẹo lồi bằng tiêm nội tổn thương TA kết hợp 5 – FU với TA.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán là sẹo lồi ở ngực đến khám và

điều trị lần đầu tại bệnh viện Da liễu Trung ương. Chẩn đoán sẹo lồi dựa trên đặc điểm lâm sàng.

Tiêu chuẩn lựa chọn: các bệnh nhân có sẹo lồi ở ngực, số lượng 1- 5 sẹo, được điều trị lần đầu, từ 18 tuổi trở lên, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: những sẹo bị loét, chàm hoá, chảy máu, nhiễm trùng, bất thường về các xét nghiệm công thức máu, men gan, bệnh lý toàn thân khác điều trị chưa ổn định; phụ nữ có thai, cho con bú hoặc bệnh nhân có kỉ vọng không thực tế.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 11/2023 đến tháng 7/2025

Thiết kế nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng. Cỡ mẫu thuận tiện, mỗi nhóm có 45 sẹo

Các bước và biến số trong nghiên cứu:

- Nhóm 1: sẹo được tiêm nội tổn thương TA nồng độ 40mg/ml kết hợp 5 - FU nồng độ 50mg/ml theo tỉ lệ 1/9 (pha 0,1 ml TA với 0,9 ml 5 - FU), mỗi lần tiêm không quá 2 ml.

- Nhóm 2: sẹo được tiêm nội tổn thương TA nồng độ 40 mg/ml kết hợp Natri clorid 0,9% theo tỉ lệ 1/9 (pha 0,1 ml TA với 0,9 ml Natriclorid), mỗi lần tiêm không quá 2 ml.

- Các bệnh nhân của 2 nhóm đều được tiêm 1 tuần 1 lần, tối đa 12 lần. Các đặc điểm của sẹo được đánh giá vào tuần 0 (T0), tuần 4 (T4) và tuần 8 (T8).

- Các đặc điểm của sẹo lồi được đánh giá bao gồm: độ dày, độ cứng, độ đỏ:

+ Độ dày sẹo được đo ở vị trí dày nhất dựa trên siêu âm (mm)

+ Độ cứng được đánh giá dựa trên thang điểm VSS: 0 - Bình thường, 1 - Mềm mại, 2 - Đàn hồi, 3 - Chắc, 4 - Cứng, 5 - Co kéo.

+ Độ đỏ của sẹo được đánh giá theo thang điểm VAS: 0 - Không đỏ, 1 - Đỏ nhẹ, 2 - Đỏ trung bình, 3 - Đỏ nhiều, 4 - Đỏ rất nhiều.

- Tác dụng phụ tại chỗ, toàn thân, điểm đau VAS (0-10).

Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức Nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện Da liễu Trung ương thông qua theo Quyết định số 2173/QĐ-BVDLTW ngày 27/11/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ 11/2023 đến 7/2025 chúng tôi thu thập được 33 bệnh nhân với 90 sẹo lồi được điều trị tại Bệnh viện Da liễu Trung ương. Các bệnh nhân được chia thành 2 nhóm điều trị với một số kết quả như sau:

Bảng 1: Các đặc điểm lâm sàng của 2 nhóm điều trị

Đặc điểm	Nhóm 1	Nhóm 2	p
Số lượng sẹo	45	45	
Số lượng bệnh nhân	20	13	
Vị trí sẹo	Ngực	Ngực	
Tỉ lệ nam/nữ (%)	50,0	69,2	> 0,05
Tuổi trung bình (năm ± SD)	26,8 ± 4,8	24,7 ± 3,5	> 0,05
Thời gian bị sẹo trung bình (năm ± SD)	6,6 ± 4,9 (1 – 20)	5,8 ± 2,2 (1- 15)	> 0,05
Nguyên nhân của sẹo	Trúng cá: 14 (70%) Khác: 6 (30%)	Trúng cá: 11 (84,5%) Khác: 2 (15,4%)	> 0,05
Triệu chứng ngứa	15/20	12/13	
Triệu chứng đau	10/20	6/13	

Nhận xét: Giữa 2 nhóm điều trị không có sự khác biệt về tỉ lệ nam/nữ, tuổi trung bình, thời gian bị sẹo trung bình, nguyên nhân bị sẹo.

Bảng 2: Sự thay đổi các đặc điểm của sẹo sau điều trị của 2 nhóm

Đặc điểm		T0	T4	T8
Độ dày trung bình	Nhóm 1	3,86 ± 1,92	1,11 ± 1,16	0,57 ± 0,66
	Nhóm 2	2,24 ± 1,51	1,22 ± 1,29	0,59 ± 0,78
Độ cứng trung bình	Nhóm 1	3,11 ± 0,89	0,89 ± 0,91	0,42 ± 0,50
	Nhóm 2	2,38 ± 0,94	1,11 ± 1,07	0,68 ± 0,88
Độ đỏ trung bình	Nhóm 1	3,64 ± 0,74	0,20 ± 0,51	0,04 ± 0,19
	Nhóm 2	3,49 ± 0,79	1,78 ± 1,24	0,84 ± 1,07

Nhận xét: Các đặc điểm của sẹo đều cải thiện sau điều trị 4 tuần và 8 tuần ở cả 2 nhóm

Bảng 3: Tỉ lệ phần trăm cải thiện trung bình các đặc điểm của sẹo trước và sau điều trị 4 tuần

Phần trăm cải thiện trung bình (%)	Nhóm 1 (n=45)	Nhóm 2 (n=45)	p
Cải thiện về độ dày	75,25 ± 22,97	48,39 ± 33,15	< 0,001
Cải thiện về độ cứng	75,41 ± 23,81	58,33 ± 34,45	0,008
Cải thiện về độ đỏ	95,00 ± 12,61	46,48 ± 35,15	< 0,001

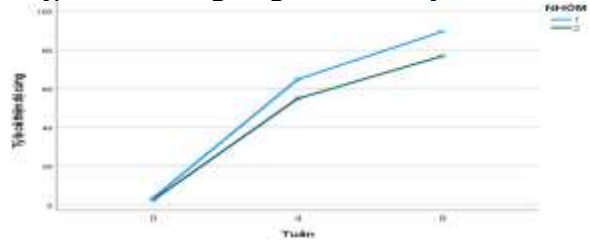
Nhận xét: Sau điều trị 4 tuần, nhóm 1 có sự cải thiện về độ dày, độ cứng và độ đỏ, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 4: Tỷ lệ phần trăm cải thiện trung bình các đặc điểm của sẹo trước và sau điều trị 8 tuần

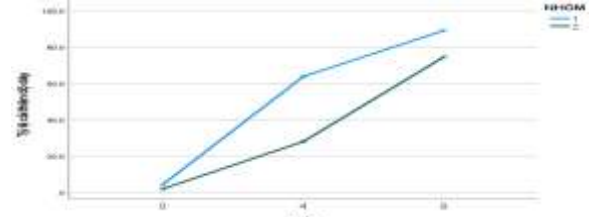
Phần trăm cải thiện trung bình	Nhóm 1 (n=26)	Nhóm 2 (n=19)	p
Cải thiện về độ dày	89,05 ± 11,53	74,5 ± 24,8	0,012
Cải thiện về độ cứng	89,42 ± 12,59	76,75 ± 27,01	0,041
Cải thiện về độ đỏ	99,04 ± 4,90	70,61 ± 36,26	< 0,001

Nhận xét: Sau điều trị 8 tuần, Nhóm 1 cho thấy sự cải thiện về độ dày, độ cứng và độ đỏ với $p < 0,05$.

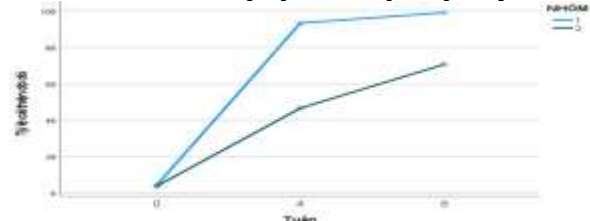
Biểu đồ 1,2,3: Tỷ lệ cải thiện độ cứng, độ dày, độ đỏ tương ứng sau điều trị theo tuần



Biểu đồ 1: Tỷ lệ cải thiện độ cứng



Biểu đồ 2: Tỷ lệ cải thiện độ dày



Biểu đồ 3: Tỷ lệ cải thiện độ đỏ

Bảng 5: Số lần điều trị trung bình của 2 nhóm và tỉ lệ sẹo phẳng hoàn toàn khi kết

thúc điều trị ở 2 nhóm và tỉ lệ sẹo phẳng hoàn toàn khi kết thúc điều trị

	Nhóm 1	Nhóm 2	p
Số lần điều trị trung bình	7,33 ± 3,12	6,07 ± 2,20	
Số lần điều trị	4-12	4-12	
Tỉ lệ sẹo phẳng hoàn thành khi kết thúc điều trị	80%	37,8%	< 0,001

Nhận xét: Tại thời điểm kết thúc điều trị, có 80% sẹo của nhóm 1 phẳng hoàn toàn, cao hơn nhóm 2 là 37,8% ($p < 0,001$).

Bảng 6: Cải thiện triệu chứng cơ năng sau điều trị

	Nhóm 1	Nhóm 2	p
Hết ngứa	15/15 (100%)	11/12 (91,6%)	>0,05
Hết đau	10/10 (100%)	5/6 (83,3%)	>0,05

Nhận xét: Ở nhóm 1, sự kết hợp 2 thuốc có tác dụng làm hết triệu chứng đau ngứa ở 100% bệnh nhân. Ở nhóm 2, thuốc làm hết triệu chứng ngứa ở 91,6% bệnh nhân và hết triệu chứng đau ở 83,3% bệnh nhân ($p > 0,05$).

Bảng 7: Tỷ lệ tác dụng phụ của 2 nhóm

Tác dụng phụ	Nhóm 1	Nhóm 2	p
Tại chỗ	Đóng vảy, trợt da	10/45 (22,2%)	0
	Tăng sắc tố	39/45 (86,7%)	10/45 (22,2%)
	Teo da	0	0
	Giãn mạch	2/45 (4,4%)	2/45 (4,4)
	Trứng cá quanh tổn thương	0	0
	Điểm đau trung bình	4,29 ± 1,20	3,98 ± 0,66
Toàn thân	Trứng cá xa vị trí tổn thương	1/20 (5%)	0
	Rối loạn kinh nguyệt	0	1/13 (7,7%)
	Rối loạn chuyển hoá (đường, mỡ máu)	0	0
	Tăng men gan	0	0
	Suy thận	0	0
	Giảm 1 trong 3 dòng máu	0	0

Nhận xét: Giữa 2 nhóm về tác dụng phụ chủ yếu gặp các tác dụng tại chỗ với tỷ lệ tăng sắc tố cao hơn so với nhóm 2. Điểm đau trung bình ở nhóm 1 cũng cao hơn nhưng khác biệt không có ý nghĩa với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Sau điều trị, sẹo cải thiện tất cả các đặc điểm ở cả 2 nhóm nhưng sự cải thiện của nhóm 1 cao hơn nhóm 2 ($p < 0,05$). Ở nhóm 1, độ đỏ

được cải thiện tốt nhất (gần 100%), sau đó là cải thiện về độ dày và độ cứng. Sự cải thiện với độ dày và độ cứng ở nhóm 1 nhanh tại tuần 4 ($75,25 \pm 22,97\%$, $75,41 \pm 23,81$ tương ứng), nhưng sự cải thiện chậm hơn tại tuần 8 ($89,05 \pm 11,53\%$, $89,42 \pm 12,59$ tương ứng). Nguyên nhân do 5 – FU là thuốc chống phân bào, có hiệu quả cao ở mô sẹo đang tăng sinh nên những lần tiêm đầu có hiệu quả nhanh hơn những lần tiêm sau. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với phân tích cộng gộp cho thấy tiêm nội tổn thương kết hợp TA và 5-FU cho hiệu quả cao hơn so với TA đơn thuần. Sự cải thiện về độ đỏ, độ dày, độ cứng khi kết hợp TA và 5-FU trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của Ali Asilian và cộng sự sử dụng cùng công thức kết hợp cho tỉ lệ cải thiện độ dày trung bình sau 12 tuần điều trị là 77% (nghiên cứu của chúng tôi cho sự cải thiện về độ dày tại tuần thứ 8 là $89,05 \pm 11,53\%$). Nguyên nhân do chúng tôi lựa chọn các sẹo đang hoạt động mạnh, biểu hiện bằng mức độ đỏ cao. TA là glucocorticoid tác dụng chậm có tác dụng ức chế sự di chuyển và thực bào của tế bào viêm, gây ngừng chu kì tế bào ở pha G1 của nguyên bào sợi nhưng không gây chết tế bào theo chương trình. 5-FU là đồng phân của pyrimidine, một chất chống phân bào có tác dụng gây ngừng chu kì tế bào ở pha G2 của nguyên bào sợi và kích hoạt nguyên bào sợi chế theo chương trình. Cả TA và 5 – FU đều làm giảm collagen type I, giảm TGF beta, tăng biểu hiện của MMP – 2 nhưng khi kết hợp 2 thuốc này thì tăng tác dụng làm giảm collagen type I. Theo các tác giả, khi kết hợp với 5 – FU, TA nồng độ 4mg/ml không có vai trò với sẹo lồi mà chỉ có tác dụng làm giảm khả năng gây viêm do 5 – FU gây ra khi tiêm nội tổn thương. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi cho thấy nhóm bệnh nhân sử dụng TA đơn độc với liều 4mg/ml hàng tuần vẫn cho hiệu quả giảm các chỉ số độ dày, độ cứng và độ đỏ của sẹo lồi. Như vậy, cả 5 – FU và TA trong công thức 1/9 đều đóng vai trò trong sự cải thiện các đặc điểm của sẹo lồi.

Triệu chứng cơ năng ngứa, đau cũng hết ở đa số các sẹo của cả 2 nhóm ($p > 0,05$). Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Darougheh cho thấy sự cải thiện triệu chứng cơ năng ngứa ở nhóm điều trị phối hợp giống như nhóm TA đơn độc. Điều này được giải thích do vai trò giảm ngứa, giảm đau của TA với sẹo lồi.

Tác dụng phụ tại chỗ chính của liệu pháp phối hợp là tăng sắc tố (86,7%). Tác dụng phụ này có thể gây ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ làm bệnh nhân lo lắng. Tuy nhiên tình trạng này

tự thoái lui trong 3 tháng theo dõi. Ngoài ra, tỉ lệ trợt da, đóng vảy da là 22,2%, tự hết trong 2 tuần mà không cần điều trị gì. Tác dụng phụ này do 5 – FU bị ngấm lên thượng bì gây hoại tử nông ở thượng bì. Không có bệnh nhân trong 2 nhóm có tác dụng phụ teo da. Tác dụng phụ này hay gặp khi sử dụng TA theo phác đồ thông thường điều trị với liều điều trị 10 – 40 mg/ml hàng tháng. Cả 2 nhóm trong nghiên cứu của chúng tôi TA đều sử dụng liều 4mg/ml hàng tuần, tương đương với liều TA 16mg/ml hàng tháng. Với phương pháp này, TA có thể phân bố đều hơn trong mô nên tác dụng phụ ít hơn. Mặt khác, thời gian điều trị ngắn (4 – 12 tuần) cũng là lí do khiến tác dụng phụ này ít xuất hiện.

Không ghi nhận sự thay đổi về xét nghiệm chuyển hoá, men gan, chức năng thận, công thức máu khi kết thúc điều trị. 5 – FU dùng đường tĩnh mạch sẽ phân bố vào các mô tăng sinh, tủy xương, gan nên có thể gây 5 – FU có thể gây ức chế tủy xương, tăng men gan. 5 – FU bôi tại chỗ có tỉ lệ hấp thu toàn thân là 6% nhưng lượng thuốc này không đủ để gây các tác dụng phụ độc tủy xương hay độc cho gan. Chưa có nghiên cứu đánh giá tỉ lệ hấp thu toàn thân của 5 – FU khi tiêm nội tổn thương. Tuy nhiên, hàm lượng thuốc sử dụng cho sẹo lồi là thấp (dưới 100mg 5 – FU) nên khả năng gây độc toàn thân cũng rất hạn chế. Các nghiên cứu khác về 5 – FU điều trị sẹo lồi cũng không thấy tác dụng phụ độc cho tủy xương và gan.

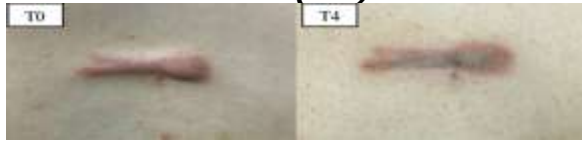
V. KẾT LUẬN

Tiêm nội tổn thương hàng tuần kết hợp TA và 5 – FU với tỉ lệ 1/9 giúp giảm độ dày, độ đỏ, độ cứng sẹo nhanh sau 4 tuần và 8 tuần, cao hơn so với liệu pháp tiêm TA hàng tuần đơn độc. Đây là cũng là liệu pháp điều trị an toàn, chủ yếu gây tác dụng phụ tại chỗ là tăng sắc tố, trợt da thoáng qua, tự hồi phục và không gây tác dụng phụ thay đổi công thức máu, men gan, chức năng thận khi kết thúc điều trị.

Hình ảnh kết quả điều trị sẹo lồi bằng tiêm nội tổn thương TA kết hợp 5 – FU



Bệnh nhân số 1: Sẹo lồi trước điều trị (T0), sau điều trị 4 tuần (T4), 8 tuần (T8) và 12 tuần (T12)



Bệnh nhân số 2: Sẹo lồi trước điều trị (T0) và sau điều trị 4 tuần (T4). Sẹo đã xẹp hoàn toàn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **G. Juckett và H. Hartman-Adams** (2009). Management of keloids and hypertrophic scars. *Am Fam Physician*, 80 (3), 253-260.
2. **Mokos ZB** (2017). Current therapeutic approach to hypertrophic scars. *Frontiers in medicine*.
3. **T. Sullivan, J. Smith, J. Kermod** (1990). Rating the burn scar. *J Burn Care Rehabil*, 11 (3)
4. **Asilian A, Darougheh A, Shariati F** (2006). New combination of triamcinolon, 5 – Fluorouracil and pulse dye laser for treatment of keloid and hypertrophic scars. *Dermatol Surg* 32: 906 – 915.
5. **Akash K & al** (2023). Comparing Combination Triamcinolone Acetonide and 5-Fluorouracil with Monotherapy Triamcinolone Acetonide or 5-Fluorouracil in the Treatment of Hypertrophic Scars: A Systematic Review and Meta-Analysis, *American society of plastic surgeons*.
6. **A. Darougheh & al** (2009). Intralesional triamcinolon alone or in combination with 5 – FU for the treatment of keloid and hypertrophic scars, *Clin Exp Dermatol*.
7. **Lin Huang & al** (2013). A study of the combination of triamcinolone and 5-fluorouracil in modulating keloid fibroblasts in vitro, *J Plast Reconstr Aesthet Surg*.
8. **Được thư Quốc gia** (2009). Bộ Y tế, 3200, 1481-1482.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN NHỊP CHẬM Ở NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP ĐƯỢC CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA

Trịnh Văn Nhị¹, Trần Song Giang¹,
Đỗ Phương Trọng¹, Tạ Mạnh Cường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị rối loạn nhịp chậm ở những bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp được can thiệp động mạch vành qua da trong thời gian điều trị nội trú và một số yếu tố liên quan. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Người bệnh được chẩn đoán nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp có nhịp tim chậm dưới 60 nhịp/phút được can thiệp động mạch vành qua da được đánh giá kết quả điều trị sớm nội viện. **Kết quả:** 51 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình $67,2 \pm 12,9$; 76,5% nam giới; nhịp chậm xoang 54,9%; block nhĩ thất cấp III 25,5%; 29,41% dùng thuốc chống nhịp chậm (tất cả là Atropin). Tạo nhịp tạm thời ở 29,41 % với thời gian trung bình là : $30,93 \pm 22,0$ giờ. Động mạch thủ phạm đa số là RCA (78,4%); 58,8% có tổn thương nhiều nhánh mạch vành. Số stent đặt trung bình $1,53 \pm 0,54$, hút huyết khối trong 38,4%; 96,08% đạt điểm TIMI 3 sau can thiệp. Không có trường hợp phải tạo nhịp vĩnh viễn, 1 trường hợp tử vong. Thời gian nằm viện trung bình $4,18 \pm 2,53$ ngày. **Kết luận:** Cấp cứu nội khoa cùng với can thiệp mạch vành kịp thời và phù hợp giúp phục hồi nhịp tim ổn định ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có rối loạn nhịp chậm, giảm nhu cầu

tạo nhịp vĩnh viễn. **Từ khóa:** rối loạn nhịp chậm, nhồi máu cơ tim cấp

SUMMARY

OUTCOMES OF BRADYCARDIA TREATMENT IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION UNDERGOING PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION AT THE VIETNAM NATIONAL HEART INSTITUTE – BACH MAI HOSPITAL

Objectives: This study to evaluate the outcomes of treating bradyarrhythmias in patients with acute myocardial infarction who underwent percutaneous coronary intervention during their inpatient stay and to identify some related factors. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 51 acute myocardial infarction (AMI) patients who presented with bradycardia and underwent percutaneous coronary intervention (PCI). **Results:** The mean age of the cohort (76.5% male) was 67.2 ± 12.9 years. Sinus bradycardia accounted for 54.9%, while complete atrioventricular block was observed in 25.5%. Atropine was administered to 29.41% of patients for bradycardia management. Temporary pacing was required in 29.41% of cases, with a mean duration of 30.93 ± 22.0 hours. The culprit vessel was predominantly the Right Coronary Artery (RCA) (78.4%), and multi-vessel disease was present in 58.8%. Post-PCI, 96.08% achieved TIMI 3 flow. Notably, no patients required permanent pacing, and the in-hospital mortality was one case. The mean hospital stay was 4.18 ± 2.53 days. **Conclusion:** Timely medical

¹*Viện Tim mạch Bệnh viện Bạch Mai*
Chịu trách nhiệm chính: Tạ Mạnh Cường
Email: tamanhcuong@cardionet.vn
Ngày nhận bài: 3.7.2025
Ngày phản biện khoa học: 12.8.2025
Ngày duyệt bài: 12.9.2025