

2. Nguyễn Văn Thường (2019), Hình ảnh lâm sàng, chẩn đoán và điều trị trong chuyên ngành Da liễu, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Bastiaens M., ter Huurne J., Gruis N. et al (2001). The melanocortin-1-receptor gene is the major freckle gene. *Hum Mol Genet*, 10(16), 1701-1708.
4. Guss L., Goldman M.P., Wu D.C. (2017). Picosecond 532 nm Neodymium-Doped Yttrium Aluminium Garnet Laser for the Treatment of Solar Lentigines in Darker Skin Types: Safety and Efficacy. *Dermatol Surg*, 43(3), 456-459.
5. Chan M.W.M., Shek S.Y., Yeung C.K. et al (2019). A Prospective Study in the Treatment of Lentigines in Asian Skin Using 532 nm Picosecond Nd:YAG Laser. *Lasers Surg Med*, 51(9), 767-773.
6. Negishi K., Akita H., Matsunaga Y. (2018). Prospective study of removing solar lentigines in Asians using a novel dual-wavelength and dual-pulse width picosecond laser. *Lasers Surg Med*, 50(8), 851-858.
7. Rolfpeter Zaumseil K. (1998). Topical Hydroquinone in the treatment of melasma: Pharmacological and clinical consideration.
8. Pollefliet C., Corstjens H., González S. et al (2013). Morphological characterization of solar lentigines by in vivo reflectance confocal microscopy: a longitudinal approach. *Int J Cosmet Sci*, 35(2), 149-155.
9. Vachiramon V., Iamsung W., Triyangkulsri K. (2018). Q-switched double frequency Nd:YAG 532-nm nanosecond laser vs. double frequency Nd:YAG 532-nm picosecond laser for the treatment of solar lentigines in Asians. *Lasers Med Sci*, 33(9), 1941-1947.
10. Ho D.D., London R., Zimmerman G.B. et al (2002). Laser-tattoo removal--a study of the mechanism and the optimal treatment strategy via computer simulations. *Lasers Surg Med*, 30(5), 389-397.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ MÀY ĐAY MẠN TÍNH BẰNG PHƯƠNG PHÁP CẤY CHỈ TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU HÀ NỘI

Nguyễn Minh Phương¹, Nguyễn Đức Chiến¹, Nguyễn Phương Trang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị mày đay mạn tính bằng phương pháp cấy chỉ tại bệnh viện Da liễu Hà Nội năm 2024 và chất lượng cuộc sống của người bệnh trước và sau cấy chỉ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng được thực hiện trên 33 người bệnh mày đay mạn tính tại Bệnh viện Da Liễu Hà Nội năm 2024. Các huyệt cấy chỉ gồm Khúc trí, Huyệt hải, Túc tam lý, Nội quan, Ôn lưu, Hợp cốc, Tam âm giao, Phi dương, Can du, Phong trì. Thủ thuật cấy chỉ 4 lần (mỗi lần cách nhau 2 tuần); theo dõi đánh giá triệu chứng lâm sàng (ngứa, số lượng sẩn phù, kích thước, tần suất, thời gian tồn tại thương tổn), mức độ nặng (TSS), hoạt động mày đay (UAS7), chất lượng cuộc sống (CU-Q2oL), mức độ hài lòng, tái biến và tái phát. **Kết quả:** Sau 4 và 8 tuần điều trị, các chỉ số triệu chứng đều giảm rõ rệt ($p < 0,001$ so với trước điều trị), TSS giảm từ $9,97 \pm 0,17$ xuống $3,0 \pm 0,03$ ($p < 0,001$), điểm UAS7 giảm từ $17,76 \pm 9,83$ xuống $1,45 \pm 2,00$ ($p < 0,001$), điểm CU-Q2oL giảm từ $40,10 \pm 6,40$ xuống $5,42 \pm 8,76$ ($p < 0,001$). Tỷ lệ người bệnh mức độ nhẹ tăng từ 0% lên 75,8%, không còn trường hợp nặng. Sau 8 tuần điều trị, có 87,9% người bệnh hài lòng – rất hài lòng. Tái biến chủ yếu là phù nề, sưng đau tại vị trí cấy chỉ (51,5%). Tái phát xảy ra ở 7,7% sau 4 tuần và 20% sau 8 tuần dừng điều trị. **Kết luận:** Phương pháp cấy chỉ an toàn, có hiệu quả cải thiện rõ

rệt triệu chứng và chất lượng cuộc sống cho người bệnh mày đay mạn tính. Kết hợp cấy chỉ trong phác đồ điều trị mày đay mạn tính là hướng tiếp cận tốt để đạt mục tiêu giảm triệu chứng và nâng cao chất lượng sống cho người bệnh. **Từ khóa:** mày đay mạn tính; cấy chỉ; y học cổ truyền; TSS; UAS7.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF CHRONIC URTICARIA USING THREAD EMBEDDING THERAPY AT HANOI DERMATOLOGY HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of chronic urticaria treatment by thread embedding therapy at Hanoi Dermatology Hospital in 2024 and measure the quality of life of patients before and after thread embedding therapy treatment. **Subjects and methods:** A pre-post intervention study was conducted on 33 patients with chronic urticaria at Hanoi Dermatology Hospital during May-October 2024. The acupuncture points include Quchi, Xuehai, Zusanli, Neiguan, Wenliu, Hegu, Sanyinjiao, Feiyang, Gandu, and Fengchi. The thread embedding procedure was 4 times (each time 2 weeks apart); Monitor and evaluate clinical symptoms (itching, number of wheals, size, frequency, duration of lesions), severity (TSS), urticaria activity (UAS7), quality of life (CU-Q2oL), satisfaction, complications and recurrence. **Results:** After 4 and 8 weeks of treatment, all symptom indices decreased significantly ($p < 0.001$ compared to before treatment), TSS decreased from 9.97 ± 0.17 to 3.0 ± 0.03 ($p < 0.001$), UAS7 score decreased from 17.76 ± 9.83 to 1.45 ± 2.00 ($p < 0.001$), CU-Q2oL score decreased from 40.10 ± 6.40 to 5.42 ± 8.76 ($p < 0.001$). The rate of mild patients increased from 0% to 75.8%, with no more severe cases. After 8 weeks of treatment, 87.9% of patients were satisfied - very

¹Bệnh viện Da liễu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Phương

Email: nguyeminhphuong75@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

satisfied. The main complications were edema, pain and swelling at the implant site (51.5%). Recurrence occurred in 7.7% after 4 weeks and 20% after 8 weeks of stopping treatment. **Conclusion:** The thread embedding is safe and effective in significantly improving symptoms and quality of life for patients with chronic urticaria. Combining thread embedding in the treatment regimen for chronic urticaria is a good approach to achieve the goal of reducing symptoms and improving quality of life for patients.

Keywords: chronic urticaria; thread embedding; traditional medicine; TSS; UAS7.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mày đay (Urticaria) là bệnh da liễu thường gặp với biểu hiện dát sẩn phù, ngứa, có thể cấp hoặc mạn tính. Theo Zuberbier và cộng sự, tỷ lệ lưu hành mày đay suốt đời chiếm khoảng 8,8% dân số và mày đay mạn tính chiếm khoảng 1,8% [1]. Ở Việt Nam, nghiên cứu cho thấy mày đay xuất hiện ở khoảng 11-12% dân số, trong đó hầu hết là mày đay mạn tự phát [2].

Điều trị tiêu chuẩn theo Y học hiện đại là dùng thuốc kháng Histamine H1; nếu không hiệu quả thì có thể tăng liều lên đến 4 lần chuẩn [3]. Tuy nhiên, một số người bệnh vẫn còn triệu chứng và gặp tác dụng phụ của thuốc. Theo y học cổ truyền (YHCT), mày đay thuộc phạm vi chứng Ẩn chẩn, Phong chẩn khối [4]. Các phương pháp của YHCT như bấm huyệt, châm cứu và đặc biệt là cấy chỉ được sử dụng để điều trị mày đay mạn tính. Cấy chỉ là thủ thuật đặt chỉ tự tiêu (catgut) vào huyết vị nhằm tạo kích thích duy trì tác dụng trong 7–14 ngày [5]. Phương pháp này đã được áp dụng tại Bệnh viện Da Liễu Hà Nội và một số cơ sở YHCT khác, tuy nhiên dữ liệu khoa học còn hạn chế. Vì vậy, để làm rõ hiệu quả lâm sàng của cấy chỉ trong điều trị mày đay mạn tính, nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá kết quả điều trị mày đay mạn tính bằng phương pháp cấy chỉ và đo lường chất lượng cuộc sống của người bệnh trước và sau điều trị cấy chỉ năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 33 người bệnh mắc mày đay mạn tính đến khám tại Khoa Y học cổ truyền – Bệnh viện Da Liễu Hà Nội từ tháng 5 đến tháng 10 năm 2024. Tiêu chuẩn chẩn đoán dựa trên lâm sàng (xuất hiện sẩn phù, tự mất trong 24 giờ, kéo dài > 6 tuần) [2].

Tiêu chuẩn lựa chọn: người bệnh ≥ 6 tuổi. Đối với người bệnh từ đủ 18 tuổi: Tự nguyện tham gia nghiên cứu và ký vào Phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu. Đối với người bệnh từ 6 đến dưới 18 tuổi, có sự đồng ý bằng văn bản của cha/mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp và có

sự đồng ý của người bệnh phù hợp với lứa tuổi.

Tiêu chuẩn loại trừ: có suy giảm nhận thức, đang dùng liệu pháp ức chế miễn dịch hay kháng Histamine/corticosteroid gần đây, phụ nữ có thai, có mày đay kèm phù thanh môn/phù mạch cấp, có bệnh lý ác tính hoặc rối loạn nội tiết nặng, tiền sử dị ứng với chỉ catgut.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng. Kết quả điều trị được đánh giá theo mô hình trước-sau điều trị.

Quy trình điều trị: Mỗi người bệnh được điều trị cấy chỉ catgut 04 lần, mỗi lần cách nhau 2 tuần. Các huyết được sử dụng theo phác đồ cấy chỉ của Bộ Y tế (Quyết định 5480/QĐ-BYT 2020) [5]: bao gồm Khúc trị, Huyết hải, Túc tam lý, Nội quan, Ôn lưu, Hợp cốc, Tam âm giao, Phi dương, Can du và Phong trì. Thủ thuật: cắt chỉ catgut thành đoạn 0,5–1 cm, luồn vào nòng kim cấy; sát khuẩn vùng huyết, sau đó châm kim qua da và đẩy chỉ vào huyết, đặt gác vô trùng lên huyết vừa cấy chỉ. Theo dõi đánh giá vào các thời điểm: D0 (trước điều trị), D1 (sau 2 tuần), D2 (sau 4 tuần), D3 (sau 6 tuần), D4 (sau 8 tuần).

Các biến số đánh giá

Triệu chứng lâm sàng: mức độ ngứa, số lượng sẩn phù, kích thước sẩn, tần suất xuất hiện tổn thương và thời gian tồn tại tổn thương (đánh giá theo thang điểm 0–3) [6].

Mức độ nặng của bệnh tính theo TSS (Total Severity Score) bằng tổng điểm của 5 triệu chứng bao gồm mức độ ngứa, số lượng sẩn phù, kích thước sẩn phù, tần suất xuất hiện tổn thương, thời gian tồn tại. Phân loại mức độ bệnh: Nhẹ từ 1 – 5 điểm, Trung bình từ 6-10 điểm, Nặng từ 11 – 15 điểm [6].

Mức độ hoạt động mày đay đánh giá bằng thang điểm UAS7 bằng tổng điểm mức độ ngứa và số lượng tổn thương trong 7 ngày. Mức độ hoạt động mạnh từ 28-42 điểm, hoạt động trung bình từ 16-27 điểm, hoạt động nhẹ từ 7-15 điểm, được kiểm soát tốt từ 1-6 điểm, hết triệu chứng là 0 điểm [7].

Chất lượng cuộc sống dùng bảng câu hỏi CU-Q2oL. Bảng gồm 15 câu hỏi, mỗi câu tương ứng từ 0 đến 6 điểm, điểm 0 là không bị ảnh hưởng, điểm 6 là rất ảnh hưởng. Tùy theo mức độ mà người bệnh đánh giá chú quan bằng cách chọn điểm 0 tới 6, điểm cao nghĩa là chất lượng cuộc sống kém [3].

Mức độ hài lòng người bệnh theo thang điểm Likert 5 mức độ (rất không hài lòng là 1 điểm, không hài lòng là 2 điểm, bình thường là 3 điểm, hài lòng là 4 điểm, rất hài lòng là 5 điểm).

Biến chứng: ghi nhận các tai biến sau mỗi

lần cấy chỉ (sưng đau, xuất huyết, nhiễm trùng, vụng châm, ...).

Tái phát mào đay xác định tại các thời điểm sau điều trị (4 tuần và 8 tuần sau ngừng cấy chỉ). Tiêu chuẩn tái phát được xác định là sự xuất hiện trở lại của các triệu chứng mào đay sau một khoảng thời gian đã ngừng điều trị và hết triệu chứng.

Xử lý số liệu. Dữ liệu được thu thập, nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 20. Các kết quả được biểu diễn dưới dạng trung bình cộng ± độ lệch chuẩn hoặc tỷ lệ phần trăm. Phương pháp thống kê đối với dữ liệu định lượng: kiểm định t-test trên mẫu phụ thuộc để so sánh trung bình trước và sau điều trị. Dữ liệu định tính được so sánh bằng kiểm định χ^2 . Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức của Bệnh

viện Da Liễu Hà Nội. Mọi thông tin cá nhân đã được mã hóa để đảm bảo tính bảo mật và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Người bệnh có quyền rút khỏi nghiên cứu ở bất kỳ thời điểm nào mà không ảnh hưởng đến phác đồ điều trị chuẩn. Trong suốt quá trình can thiệp, những trường hợp xuất hiện triệu chứng cấp tính hoặc diễn biến nghiêm trọng đều được rút khỏi nghiên cứu để được xử trí y tế phù hợp, nhằm đảm bảo an toàn tối đa cho người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tỷ lệ người bệnh nữ chiếm 57,9% và nam 42,1%. Tuổi trung bình $38,6 \pm 18,3$ tuổi; phân bố chủ yếu ở nhóm 40–49 và ≥ 50 (50%). Đa số người bệnh sinh sống thành thị (97,4%) và có nghề nghiệp nhân viên văn phòng (44,7%). Thời gian mắc bệnh trung bình $10,5 \pm 8,2$ năm.

Bảng 1. Thay đổi một số triệu chứng lâm sàng trước và sau can thiệp (n = 33)

Chỉ tiêu theo dõi	D0	D2	D4	p*
	(X ± SD)			
Ngứa	2,03 ± 0,53	1,21 ± 0,74	0,67 ± 0,74	$p_{D0-D2} < 0,001$ $p_{D0-D4} < 0,001$ $p_{D2-D4} < 0,001$
Số lượng sẩn phù	1,85 ± 0,57	0,88 ± 0,60	0,58 ± 0,61	$p_{D0-D2} < 0,001$ $p_{D0-D4} < 0,001$ $p_{D2-D4} < 0,05$
Kích thước sẩn phù	1,48 ± 0,62	0,79 ± 0,48	0,52 ± 0,57	$p_{D0-D2} < 0,001$ $p_{D0-D4} < 0,001$ $p_{D2-D4} < 0,05$
Tần suất xuất hiện thương tổn	2,21 ± 0,74	0,85 ± 0,51	0,52 ± 0,57	$p_{D0-D2} < 0,001$ $p_{D0-D4} < 0,001$ $p_{D2-D4} < 0,05$
Thời gian tồn tại thương tổn	2,39 ± 0,70	1,42 ± 0,97	0,73 ± 0,91	$p_{D0-D2} < 0,001$ $p_{D0-D4} < 0,001$ $p_{D2-D4} < 0,01$

Sau 4 tuần (D2) và 8 tuần (D4) điều trị, tất cả các chỉ tiêu ngứa, số lượng sẩn phù, kích thước, tần suất và thời gian tồn tại tổn thương đều giảm rõ rệt so với trước điều trị (D0) với $p < 0,001$. Đặc biệt, sau 8 tuần, mức ngứa trung

*: Phép kiểm T trên mẫu phụ thuộc (Paired T-test) bình giảm từ 2,03 xuống 0,67, số lượng sẩn giảm từ 1,85 xuống 0,58, thời gian tồn thương giảm từ 2,39 xuống 0,73 ($p < 0,001$). Sau 8 tuần, trung bình mọi triệu chứng lâm sàng đã giảm đáng kể.

Bảng 2. Mức độ nặng (TSS) và phân loại mức độ bệnh qua từng giai đoạn (n = 33)

Giai đoạn	D0	D1 (2 tuần)	D2 (4 tuần)	D3 (6 tuần)	D4 (8 tuần)	p
TSS (điểm, TB ± SD)*	9,97 ± 0,17	7,42 ± 0,13	5,15 ± 0,48	3,82 ± 0,54	3,00 ± 0,03	$p_{D0-D1} < 0,001$ $p_{D0-D2} < 0,001$ $p_{D0-D3} < 0,001$ $p_{D0-D4} < 0,001$
Phân loại mức độ bệnh**						
Nhẹ	0 (0%)	3 (9,1%)	14 (42,4%)	23 (69,7%)	25 (75,8%)	$p_{D0-D4} < 0,001$
Trung bình	25 (75,8%)	30 (90,9%)	19 (57,6%)	10 (30,3%)	8 (24,2%)	$p_{D0-D4} < 0,001$
Nặng	8 (24,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	$p_{D0-D4} < 0,001$

*: Phép kiểm T trên mẫu phụ thuộc (Paired T-test);

** : Phép kiểm Chi bình phương (χ^2 - Chi-square test)

Trước điều trị (D0), TSS trung bình là 9,97 ± 0,17. Qua các lần theo dõi, TSS liên tục giảm: còn 3,0 ± 0,03 tại tuần 8 (D4), với hiệu quả có ý nghĩa thống kê (p<0,001) so với D0.

Trước điều trị tỷ lệ bệnh trung bình chiếm ưu

thể (75,8%) và 24,2% nặng. Đến tuần 8, không còn trường hợp nặng, 75,8% chuyển sang mức nhẹ; phần còn lại trung bình (24,2%). Phương pháp điều trị cây chỉ làm giảm đáng kể mức độ nặng của mày đay (p<0,001).

Bảng 3. Mức độ hoạt động (UAS7) và phân loại mức độ hoạt động (n = 33)

Giai đoạn	D0	D1 (2 tuần)	D2 (4 tuần)	D3 (6 tuần)	D4 (8 tuần)	p
UAS7 (điểm, TB±SD)*	17,76±9,83	5,91±3,26	2,67±1,93	2,18±2,21	1,45±2,00	pD0-pD1<0,001 pD0-pD2<0,001 pD0-pD3<0,001 pD0-pD4<0,001
Phân loại mức độ hoạt động của mày đay**						
Hoạt động mạnh	10 (30,3%)	0(0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	pD0-pD4<0,001
Hoạt động trung bình	9 27,2%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	pD0-pD4<0,001
Hoạt động nhẹ	8 (24,2%)	11 (3,3%)	0 (0%)	1 (3,0%)	1 (3,0%)	pD0-pD4<0,001
Được kiểm soát tốt	6 18,2%	21 63,6%	26 78,8%	22 66,7%	14 42,4%	pD0-pD4<0,05
Hết triệu chứng	0 (0%)	1 (3,0%)	7 (21,2%)	10 30,3%	18 54,5%	pD0-pD4<0,001

*: Phép kiểm T trên mẫu phụ thuộc (Paired T-test);

** : Phép kiểm Khi bình phương (χ^2 - Chi-square test).

Tại D0, điểm UAS7 trung bình là 17,76 ± 9,83; đến D4 giảm xuống 1,45 ± 2,00 (p<0,001). Theo phân loại của UAS7, trước điều trị 57,5% người bệnh ở mức hoạt động mạnh/trung bình, sau 8 tuần không còn trường hợp hoạt động mạnh/trung bình; 42,4% ở mức kiểm soát tốt và 54,5% hết triệu chứng.

Bảng 4. Thay đổi điểm đánh giá chất lượng cuộc sống (n=33)

Thời điểm đánh giá	Điểm đánh giá chất lượng cuộc sống (Điểm CU-Q2oL)	p*
D0	40,10 ± 6,40	
D1	24,85 ± 7,41	pD0-pD1<0,001
D2	10,91 ± 8,65	pD0-pD2<0,001
D3	6,39 ± 8,90	pD0-pD3<0,001
D4	5,42 ± 8,76	pD0-pD4<0,001

*: Phép kiểm T trên mẫu phụ thuộc (Paired T-test)

Điểm CU-Q2oL (điểm cao = chất lượng cuộc sống kém) giảm từ 40,10±6,40 (D0) xuống 5,42±8,76 (D4), khác biệt có ý nghĩa (p<0,001); chất lượng cuộc sống của người bệnh cải thiện rõ rệt sau cấy chỉ.

Điểm hài lòng: Sau 8 tuần điều trị, điểm hài lòng trung bình là 4,30±0,77 (thang 1-5), tương ứng mức "rất hài lòng".

Bảng 5. Tỷ lệ mức độ hài lòng của người bệnh (n=33)

Mức độ hài lòng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rất hài lòng	15	45,5
Hài lòng	14	42,4
Bình thường	3	9,1

Không hài lòng	1	3,0
Rất không hài lòng	0	0
Tổng	33	100

Tỷ lệ rất hài lòng và hài lòng lần lượt 45,5% và 42,4%; chỉ 3,0% không hài lòng.

Bảng 6. Tai biến và tái phát sau điều trị

	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tai biến (n=33)		
Vùng chàm	0	0
Sưng đau vị trí cấy chỉ	17	51,5
Nhiễm trùng	0	0
Khác	0	0
Tái phát (n=13)		
Sau 4 tuần	1	7,70
Sau 8 tuần	2	20,0

Tai biến do cấy chỉ chủ yếu là phù nề tại vị trí cấy chỉ (51,5%); không có trường hợp vùng chàm, nhiễm trùng hay các biến chứng nghiêm trọng khác. Trong 13 người bệnh theo dõi 4 đến 8 tuần, có 1 trường hợp tái phát (7,7%) sau 4 tuần và tổng 2 trường hợp (20%) sau 8 tuần.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy cấy chỉ có hiệu quả rõ rệt trên mày đay mạn tính. Sau mỗi đợt cấy chỉ, các triệu chứng mày đay giảm dần và tại tuần 8 hầu hết gần hết, thể hiện qua điểm số UAS7 và TSS giảm mạnh (p<0,001). Các triệu chứng lâm sàng tại thời điểm trước điều trị (D0) trong nghiên cứu của chúng tôi (ví dụ: ngứa 2,03±0,53; số lượng sẩn 1,85±0,57) đều có điểm thấp hơn của Nguyễn Thị Quỳnh Trang (2024) [8], điều này do nhóm nghiên cứu của

chúng tôi chủ yếu là người bệnh có mức độ ngứa trung bình đến nhẹ, rất ít người bệnh ngứa nặng. Điều này do các phương pháp YHCT nói chung, cũng như phương pháp cấy chỉ nói riêng thường có tác dụng giảm triệu chứng chậm hơn các thuốc tây y, nên người bệnh ngứa nặng vẫn được kê thêm thuốc tây y và không thuộc đối tượng của nghiên cứu này. Tại thời điểm điều trị tuần thứ 8 (D4), điểm các triệu chứng lâm sàng tại nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Quỳnh Trang. Tuy nhiên, kết quả này cần có những nghiên cứu đối chứng để đánh giá ý nghĩa thống kê của sự khác biệt này.

Điểm mức độ nặng của bệnh tại thời điểm trước điều trị (D0) giảm dần qua từng thời điểm đánh giá, trong đó điểm này giảm từ $9,97 \pm 0,17$ xuống còn $3,0 \pm 0,03$ tại thời điểm điều trị tuần thứ 8 (D4), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Chỉ có 24,2% người bệnh mức độ bệnh nặng, chủ yếu người bệnh mức độ bệnh trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất là 75,8% (bảng 2). Theo tác giả Nguyễn Thị Hồng Ngọc có 59,3% người bệnh mức độ trung bình và 38,9% người bệnh mức độ nặng [9]. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ người bệnh mức độ nặng trước điều trị thấp hơn là do người bệnh có triệu chứng ở mức độ nặng ảnh hưởng nhiều đến công việc, sinh hoạt nên thường được lựa chọn sử dụng thuốc tây y để giảm các triệu chứng nhanh hơn.

Tương tự, chất lượng cuộc sống (CU-Q2oL) của người bệnh được cải thiện rõ rệt, điểm số giảm từ mức cao (trước điều trị) xuống rất thấp (sau điều trị). Phần lớn người bệnh hài lòng với phương pháp này và ít gặp tác dụng phụ nghiêm trọng, chủ yếu chỉ có phù nề nhẹ tại huyết cấy. So với các liệu pháp YHHĐ (tăng liều kháng Histamine, thêm montelukast, cyclosporine... theo khuyến cáo quốc tế [3]); cấy chỉ mang lại lựa chọn điều trị an toàn, ít tổn kém, phù hợp với quan điểm điều trị triệu chứng và tăng cường đề kháng của YHCT.

Đáng chú ý, tỷ lệ tái phát sau điều trị còn một vài trường hợp (7,7–20%), cho thấy cấy chỉ có thể cần kết hợp theo dõi lâu dài và duy trì một số phương pháp hỗ trợ khác sau dừng liệu trình. Trên 33 người bệnh ban đầu, chỉ còn 13 người theo dõi được tái phát. Điều này có thể gây ra sai lệch trong ước tính tỷ lệ tái phát của nhận định.

Các kết quả này phù hợp với đánh giá lâm sàng của các y bác sĩ chuyên khoa cho rằng cấy chỉ là một trong những phương pháp điều trị mề

đầy mạn tính hiệu quả của YHCT [4]. Nghiên cứu cũng bổ sung bằng chứng chứng minh tác dụng của cấy chỉ catgut: qua các huyết cấy chỉ, cơ thể tăng sinh miễn dịch khu vực, từ từ giải phóng histamin và chất trung gian chống viêm để duy trì tác dụng liên tục trong nhiều ngày.

Hạn chế nghiên cứu là thiết kế can thiệp trước-sau không có nhóm chứng, làm hạn chế khả năng so sánh hiệu quả của cấy chỉ với các phương pháp điều trị khác. Bên cạnh đó, không theo dõi được toàn bộ người bệnh nghiên cứu nên chưa đánh giá được chính xác tỷ lệ tái phát; thời gian theo dõi sau điều trị còn ngắn nên chưa đánh giá được tỷ lệ tái phát trong dài hạn.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp cấy chỉ an toàn, có hiệu quả cải thiện rõ rệt triệu chứng và chất lượng cuộc sống cho người bệnh mề đầy mạn tính. Kết hợp cấy chỉ trong phác đồ điều trị mề đầy mạn tính là hướng tiếp cận tốt để đạt mục tiêu giảm triệu chứng và nâng cao chất lượng sống cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Zuberbier T, Balke M, Worm M, Edenharter G, Maurer M.** Epidemiology of urticaria: a representative cross-sectional population survey. *Clin Exp Dermatol.* 2010;35(8):869-873.
- Nguyễn Năng An.** Mề đầy và phù Quincke. In: *Bách khoa thư bệnh học.* tập 3. Nhà xuất bản Từ điển Bách khoa; 2000:266-269.
- Chow SKW, Wong CKH, Leung P, et al.** Management of chronic urticaria in Asia: 2010 AADV consensus guidelines. *Asia Pac Allergy.* 2012;2(2):149-160.
- Bộ Y tế – Vụ Y học Cổ truyền.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền. *Bộ Y tế;* 2017:135.
- Bộ Y tế.** Quyết định số 5480/QĐ-BYT ngày 30/12/2020 ban hành Tài liệu chuyên môn Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền. *Bộ Y tế;* 2020:93-95.
- Kaplan AP.** Clinical practice: Chronic urticaria and angioedema. *The New England journal of medicine.* 2002;346(3):175-179
- Zuberbier T, Aberer W, Asero R, et al.** The EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. *Allergy.* 2018;73(7):1393-1414.
- Nguyễn Thị Quỳnh Trang, Bùi Phương Linh, Nguyễn Thị Hải Yên, Nguyễn Thanh Hà.** Hiệu quả điều trị mề đầy mạn tính bằng desloratadin kết hợp montelukast. *Tạp chí dược lâm sàng* 108. 2024;19(1):82-89.
- Nguyễn Thị Hồng Ngọc.** Nồng độ Vitamin D huyết thanh trên bệnh nhân mề đầy mạn tính đến khám tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh. [Luận văn thạc sĩ Y học]. Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2016.

KẾT QUẢ TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE THAY ĐỔI KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH CHĂM SÓC BỆNH TRÚNG CÁ CỦA NGƯỜI BỆNH TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU HÀ NỘI

Nguyễn Minh Quang¹, Nguyễn Minh Phương¹,
Hoàng Thủy Huyền¹, Nguyễn Thị Lan¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của can thiệp truyền thông-giáo dục sức khỏe trong việc thay đổi kiến thức và thực hành chăm sóc bệnh trứng cá ở người bệnh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu thực hiện tại khoa Y học cổ truyền – Bệnh viện Da liễu Hà Nội (từ tháng 4 đến 10/2022), theo thiết kế trước – sau không có nhóm chứng. Đối tượng gồm 196 người bệnh trứng cá (tuổi trung bình 20,5±3,7 tuổi, trong đó nữ 51,5%), thu chọn thuận tiện. Trước can thiệp, người bệnh được khảo sát tình trạng kiến thức và thực hành chăm sóc da; sau đó các đối tượng được truyền thông trực tiếp và phát tài liệu về chăm sóc trứng cá 3 lần (mỗi tuần 1 lần trong 3 tuần). Sau 1 tháng, khảo sát lại kiến thức – thực hành như cũ. **Kết quả:** sau can thiệp, điểm trung bình phần kiến thức về bệnh trứng cá tăng từ 7,04±4,96 lên 12,29±3,14 (tăng 74% so với trước, p<0,001). Xếp loại kiến thức về trứng cá cho thấy tỷ lệ “tốt” tăng từ 23,0% lên 62,8%, tỷ lệ “kém” giảm từ 47,4% xuống 6,1% (p<0,001). Điểm trung bình phần thực hành chăm sóc da tăng từ 28,69±5,95 lên 34,53±4,54 (tăng 20%, p<0,001), trong đó tất cả 6 nội dung thực hành (chăm sóc da tại nhà, vệ sinh, chế độ uống – ăn, điều trị, thói quen sinh hoạt) đều cải thiện rõ rệt (thói quen vệ sinh tăng nhiều nhất từ 4,86±1,79 lên 6,87±0,88, p<0,001). **Kết luận:** Truyền thông, giáo dục sức khỏe đã nâng cao đáng kể cả kiến thức lẫn thực hành chăm sóc bệnh trứng cá ở người bệnh.

Từ khóa: Truyền thông giáo dục sức khỏe; Mụn trứng cá; Kiến thức; Thực hành.

SUMMARY

RESULTS OF HEALTH EDUCATION COMMUNICATION IN IMPROVING KNOWLEDGE AND SELF-CARE PRACTICES FOR ACNE PATIENTS AT HANOI DERMATOLOGY HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of health education communication on improving knowledge and skin care practice in patients with acne vulgaris. **Methods:** A pre-post intervention study was conducted at Hanoi Dermatology Hospital (Apr–Oct 2022) on 196 acne patients (mean age 20.5±3.7 years; 51.5% female). At baseline, patients' knowledge and self-care practices were assessed by

questionnaires. The intervention consisted of three weekly educational sessions and distribution of skin care materials. One month later, knowledge and practice were re-assessed. **Results:** After intervention, the mean knowledge score (out of 15) increased from 7.04±4.96 to 12.29±3.14 (74% increase, p<0.001). The percentage of patients with “good” knowledge increased from 23.0% to 62.8%, while “poor” knowledge dropped from 47.4% to 6.1% (p<0.001). The mean practice score increased from 28.69±5.95 to 34.53±4.54 (p<0.001). All six subcategories of care practice improved significantly, especially hygiene habits (4.86±1.79 to 6.87±0.88, p<0.001). **Conclusion:** Health education communication significantly improved patients' knowledge and self-care practices regarding acne. This approach is effective for enhancing patient outcomes in acne management.

Keywords: Health education communication; Acne vulgaris; Knowledge; Practice.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mụn trứng cá (acne vulgaris) là một bệnh lý da liễu mạn tính của đơn vị nang lông tuyến bã, và là một trong những bệnh da phổ biến nhất trên toàn cầu, đặc biệt ở lứa tuổi thanh thiếu niên. Các nghiên cứu dịch tễ học cho thấy bệnh ảnh hưởng đến khoảng 85% dân số trong độ tuổi này trên thế giới [1]. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc bệnh cũng rất cao; một nghiên cứu của Trần Thị Hạnh (2011) đã ghi nhận tỷ lệ lưu hành bệnh lên tới 82,5% ở học sinh trung học phổ thông tại Cần Thơ, cho thấy mức độ phổ biến của bệnh trong cộng đồng [2]. Cơ chế sinh bệnh của trứng cá phức tạp, liên quan đến bốn yếu tố chính: (1) sự tăng sản xuất chất bã do ảnh hưởng của nội tiết tố androgen, (2) tình trạng sừng hóa bất thường ở cổ nang lông gây bít tắc, (3) sự phát triển quá mức của vi khuẩn *Cutibacterium acnes* trong môi trường kỵ khí, và (4) phản ứng viêm tại chỗ và toàn thân. Ngoài ra, nhiều yếu tố khác như di truyền, căng thẳng tâm lý, chế độ ăn uống và thói quen chăm sóc da cũng có thể làm bệnh khởi phát hoặc nặng thêm [1]. Mặc dù không đe dọa tính mạng, trứng cá gây ra những tác động tiêu cực đáng kể về mặt tâm lý xã hội, làm giảm sự tự tin, gây lo âu, và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh, đặc biệt là khi để lại di chứng sẹo và vết thâm lâu dài [3].

¹Bệnh viện Da liễu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Quang

Email: nguyeminhquang67@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025