

# SỰ THAY ĐỔI HIỆU GIÁ KHÁNG THỂ KHÁNG *TREPONEMA PALLIDUM* TRƯỚC VÀ SAU ĐIỀU TRỊ BỆNH GIANG MAI GIAI ĐOẠN SỚM TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU HÀ NỘI, 2022-2023

Lê Đức Minh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thu Thủy<sup>1</sup>, Trần Anh Linh<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá sự thay đổi hiệu giá kháng giang mai của hai xét nghiệm bán định lượng RPR và TPHA trước và sau điều trị bệnh giang mai giai đoạn sớm tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội, 2022-2024".  
**Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả trên cơ sở hồi cứu kết hợp với tiến cứu 118 người bệnh mắc giang mai sớm có xét nghiệm bán định lượng cả RPR và TPHA đến khám tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội từ 01/2022 đến 10/2023. **Kết quả:** Trước điều trị có 67,8% HGKT RPR  $\geq 1/16$ , 55,1% HGKT TPHA  $\geq 1/10240$ , sau điều trị: 01 tháng HGKT RPR và TPHA giảm  $\geq 4$  lần: 0 ca, sau 3 tháng: 30,8% HGKT RPR và 15,4% HGKT TPHA giảm  $\geq 4$  lần. Sau 6 tháng: 44,4% HGKT RPR và 33,3% HGKT TPHA giảm  $\geq 4$  lần. Sau 9 và 12 tháng: 100% HGKT RPR đã có sự chuyển đổi huyết thanh và 100% có HGKT TPHA giảm  $\geq 4$  lần.  
**Kết luận:** Xét nghiệm bán định lượng cả RPR và TPHA trước điều trị là rất cần thiết. Người bệnh mắc giang mai sớm cần được theo dõi HGKT sau 03, 06, 09, 12 tháng điều trị để đánh giá tiến triển của bệnh và phòng tránh lây nhiễm cho bạn tình.

**Từ khóa:** RPR, TPHA, giang mai

## SUMMARY

### CHANGES IN ANTI-TREPONEMA PALLIDUM ANTIBODY TITRES BEFORE AND AFTER TREATMENT FOR EARLY SYPHILIS AT HANOI DERMATOLOGY HOSPITAL, 2022-2023

**Objective:** To evaluate the change in syphilitic antibody titers of the two semi-quantitative tests, RPR and TPHA, before and after treatment. **Subjects and Methods:** This was a descriptive study combining retrospective and prospective analysis of 118 newly diagnosed syphilis patients with both semi-quantitative RPR and TPHA tests, who were examined at Hanoi Dermatology Hospital from January 2022 to October 2023. **Results:** Before treatment, 67.8% had RPR SATs  $\geq 1/16$ , and 55.1% had TPHA SATs  $\geq 1/10,240$ . After treatment: at 1 month, no cases had a  $\geq 4$ -fold reduction in RPR or TPHA SATs; at 3 months, 30.8% had  $\geq 4$ -fold reduction in RPR SATs and 15.4% in TPHA SATs. At 6 months, 44.4% had  $\geq 4$ -fold reduction in RPR SATs and 33.3% in TPHA SATs. At 9 and 12 months, 100% showed RPR seroconversion and 100% had  $\geq 4$ -fold reduction in TPHA SATs. **Conclusion:** Performing semi-quantitative RPR and TPHA tests before treatment is essential. Newly

diagnosed syphilis patients need follow-up antibody titers at 3, 6, 9, and 12 months after treatment to assess disease progression and prevent transmission to sexual partners. **Keywords:** RPR, TPHA, *Treponema pallidum*, Syphilis

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Người bệnh mắc giang mai không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời bệnh có thể bị biến [1] chứng bệnh giang mai đa dạng, khác với các kiểu điển hình nên dễ nhầm với các bệnh: Sùi mào gà, vảy nến, phát ban, ghẻ, herpes sinh dục... Chính vì vậy, để chẩn đoán xác định người bệnh có nhiễm *T.pallidum* cần phải dựa vào cả triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm [1], [2]. Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) đã phê duyệt 13 xét nghiệm miễn dịch và 3 xét nghiệm truyền thống để chẩn đoán bệnh giang mai [3]. Tại Việt Nam các xét nghiệm đang được sử dụng là phương pháp phát hiện trực tiếp, gián tiếp và test nhanh.

Bệnh viện Da liễu Hà Nội là bệnh viện chuyên khoa Da liễu đầu ngành của thủ đô và hai xét nghiệm bệnh viện đang sử dụng để theo dõi sau điều trị là xét nghiệm bán định lượng Rapid Plasma Reagin (RPR) và *Treponema pallidum* Hemagglutination's Assay (TPHA). Người bệnh mắc giang mai thường có hiệu giá kháng thể (HGKT) RPR  $\geq 1/4$ , giang mai có HGKT cao RPR  $\geq 1/8$ , giang mai có HGKT thấp  $\leq 1/4$ , giang mai không hoạt động RPR âm tính (HGKT RPR  $< 1/4$  thường dương tính giả sinh học) [4] và HGKT TPHA ở mức cao  $\geq 1/10240$ , HGKT ở mức thấp  $\leq 1/5120$  [5]. (HGKT RPR và TPHA sẽ thay đổi theo từng thời kỳ của bệnh và mức độ đáp ứng thuốc của từng người bệnh). Xét nghiệm TPHA thường duy trì kết quả dương tính (85%) trong suốt cuộc đời của bệnh nhân, bất kể đã điều trị hay chưa. Do đó, xét nghiệm *Treponema* dương tính không phân biệt được giữa nhiễm trùng đang hoạt động và nhiễm trùng đã được điều trị trước đó [6]. Để có thể đánh giá đáp ứng sau điều trị hay xác định tình trạng nhiễm trùng cũ hay mới thì người bệnh cần được xét nghiệm đo hiệu giá kháng thể kháng lại *T. pallidum* trước và sau điều trị [1]. Các nghiên cứu theo dõi sự thay đổi HGKT kháng giang mai sau điều trị tại Việt Nam hiện nay vẫn còn hạn chế và kết quả vẫn còn khác biệt. Nghiên cứu

<sup>1</sup>Bệnh viện Da liễu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Minh

Email: ldminh69@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

được thực hiện nhằm đánh giá sự thay đổi hiệu giá kháng giang mai của hai xét nghiệm bán định lượng RPR và TPHA trước và sau điều trị tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội, 2022-2024.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**Đối tượng nghiên cứu:** 118 người bệnh có kết quả dương tính với cả xét nghiệm RPR và TPHA, có thời gian mắc ≤ 2 năm được chỉ định xét nghiệm bán định lượng cả RPR và TPHA từ tháng 01/2022 đến 04/2023. Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh: Người bệnh được chẩn đoán xác định mắc giang mai sớm có xét nghiệm bán định lượng cả RPR và TPHA. Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu và hồ sơ có đầy đủ thông tin. Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh đã và đang điều trị giang mai

**Thu thập và xử lý số liệu:** Số liệu được nhập và làm sạch trên Excel 2016 và xử lý bằng phần mềm SPSS 23.0.

**Đạo đức nghiên cứu:** Đề tài được Hội đồng đạo đức trường Đại học Y tế công cộng

thông qua theo quyết định số 133/2023/YTCC – HD3, ngày 23/03/2023 và được sự chấp thuận của Lãnh đạo Bệnh viện Da liễu Hà Nội đồng ý cho sử dụng số liệu trên hồ sơ xét nghiệm từ ngày 27/02/2023.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Kết quả xét nghiệm HGKT RPR và TPHA trước điều trị ở người bệnh mắc giang mai (n=118)**

Loại xét nghiệm	Giá trị hiệu giá kháng thể			
	(n=27)	(n=11)	(n=26)	(n=54)
RPR định lượng	≤1/8	≤1/8	≥1/16	≥1/16
TPHA định lượng	≤1/5120	≥1/10240	≤1/5120	≥1/10240
R	0,57			

Trước điều trị có 38 ca có HGKT RPR ≤ 1/8 (27/38 ca có HGKT TPHA ≤1/5120 và 11/38 ca có HGKT TPHA ≥1/10240). Có 80 ca có HGKT RPR ≥ 1/16 và trong đó có 26/80 ca có HGKT TPHA ≤1/5120 và 54/80 ca có HGKT TPHA ≥1/10240. Hệ số tương quan Pearson giữa HGKT RPR và TPHA là R= 0,57.

**Bảng 2. Sự thay đổi hiệu giá kháng thể RPR và TPHA sau điều trị 1 tháng (n=15)**

Loại xét nghiệm	Sự thay đổi HGKT												Tổng
	Giảm						Giữ nguyên	Tăng					
	1 lần	2 lần	3 lần	4 lần	5 lần	6 lần		1 lần	2 lần	3 lần	4 lần	5 lần	
RPR định lượng	5	1	0	0	0	0	6	2	1	0	0	0	15
TPHA định lượng	5	1	0	0	0	0	6	1	0	1	1	0	

Sau điều trị 01 tháng thấy HGKT RPR và TPHA chủ yếu giữ nguyên 6/15 (40%), tăng sau điều trị 3/15 (20%) và có 5 ca có HGKT giảm 2 lần (1 lần pha loãng), có 1 ca HGKT giảm 4 lần (2 lần pha loãng) còn HGKT TPHA

**Bảng 4. Sự thay đổi hiệu giá kháng thể RPR và TPHA sau điều trị 3 tháng**

Loại xét nghiệm	Sự thay đổi GHKT												Tổng
	Giảm						Giữ nguyên	Tăng					
	1 lần	2 lần	3 lần	4 lần	5 lần	6 lần		1 lần	2 lần	3 lần	4 lần	5 lần	
RPR	5	2	2	0	0	0	3	1	0	0	0	0	13
TPHA	7	0	2	0	0	0	4	0	0	0	0	0	

Sau điều trị 03 tháng có: 4/13 (30,8%) có HGKT RPR giảm ≥ 4 lần, có 3/13 ca có HGKT RPR giữ nguyên và tăng 1 lần pha loãng. HGKT TPHA sau 3 tháng có 2/13 ca có HGKT TPHA giảm 8 lần (3 lần pha loãng) và 7/13 ca có HGKT giảm 2 lần (1 lần pha loãng).

**Bảng 5. Sự thay đổi hiệu giá kháng thể RPR và TPHA sau điều trị 6 tháng (n=9)**

Loại xét nghiệm	Sự thay đổi HGKT													Tổng	Âm tính
	Giảm						Giữ nguyên	Tăng							
	1 lần	2 lần	3 lần	4 lần	5 lần	6 lần		1 lần	2 lần	3 lần	4 lần	5 lần			
RPR định lượng	1	2	3	1	0	0	1	0	0	0	1	0	9	2	
TPHA định lượng	2	2	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1			

Sau điều trị 6 tháng có 9 người được chỉ định xét nghiệm thì có 2 ca có sự chuyển đổi huyết thanh và 4/9 (44,4%) ca giảm HGKT RPR so với ban đầu ≥ 8 lần. Sau điều trị 6 tháng HGKT TPHA cũng thay đổi với 3/9 (33,3%) HGKT giảm ≥ 8 lần pha loãng.

**Bảng 6. Sự thay đổi hiệu giá kháng thể RPR và TPHA sau điều trị 9 tháng**

Loại xét nghiệm	Sự thay đổi hiệu giá kháng thể				Tổng	Âm
	Giảm	Giữ	Tăng			

	1 lần	2 lần	3 lần	4 lần	5 lần	6 lần	nguyên	1 lần	2 lần	3 lần	4 lần	5 lần		tính
RPR định lượng	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	3
TPHA định lượng	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0		

Sau điều trị 9 tháng cả 3 đều có sự chuyển đổi huyết thanh RPR so với trước điều trị và HGKT TPHA cũng có cả 3 ca có HGKT giảm  $\geq 4$  lần.

**Bảng 7. Sự thay đổi hiệu giá kháng thể RPR và TPHA sau điều trị 12 tháng**

Loại xét nghiệm	Sự thay đổi HGKT													Tổng	Âm tính
	Giảm						Giữ nguyên	Tăng							
	1 lần	2 lần	3 lần	4 lần	5 lần	6 lần		1 lần	2 lần	3 lần	4 lần	5 lần			
RPR định lượng	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	1	
TPHA định lượng	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0			

Sau điều trị 12 tháng cả 2 ca có HGKT RPR giảm 5 lần trong đó có 1 ca có sự chuyển đổi huyết thanh.

**IV. BÀN LUẬN**

Qua nghiên cứu 118 người có kết quả định tính cả RPR và TPHA dương tính cộng với thời gian mắc < 2 năm được xác định mắc giang mai sớm cho vào nghiên cứu thấy giữa HGKT RPR và HGKT TPHA có mối tương quan thuận với mức độ tương quan mạnh ( $0,50 < R = 0,57 < 1$ ). Tuy nhiên nếu sử dụng kết quả xét nghiệm HGKT RPR để suy luận ra kết quả HGKT của TPHA hay ngược lại là không chính xác vì có nhiều trường hợp kết quả HGKT RPR ở ngưỡng cao hoặc rất cao thì HGKT TPHA lại ở ngưỡng thấp và ngược lại. Ngoài ra HGKT xét nghiệm RPR giảm nhanh hơn TPHA do hai xét nghiệm này phát hiện các loại kháng thể khác nhau: Xét nghiệm RPR phát hiện kháng thể chống lại tế bào bị tổn thương (kháng thể lipid) còn xét nghiệm TPHA phát hiện kháng thể chống lại chính vi khuẩn *T. pallidum*. Các kháng thể đặc hiệu này thường xuất hiện muộn hơn so với kháng thể lipid. Xét nghiệm TPHA có độ đặc hiệu cao hơn và một khi dương tính thì thường sẽ dương tính suốt đời, bất kể tình trạng nhiễm bệnh đã được điều trị hay chưa [6]. Chính vì vậy người bệnh khi được xác định nhiễm giang mai cần được chỉ định xét nghiệm bán định lượng cả RPR và TPHA trước khi điều trị để tránh chẩn đoán nhầm hay bỏ sót. Người bệnh sau điều trị nên được xét nghiệm cả bán định lượng RPR và TPHA hoặc ít nhất được xét nghiệm bán định lượng RPR để theo dõi hiệu quả sau trị cũng như phát hiện các trường hợp tái nhiễm.

Sự thay đổi HGKT của xét nghiệm RPR đã được sử dụng như một công cụ để đánh giá sự đáp ứng sau điều trị bệnh giang mai. Theo hướng dẫn điều trị STIs của Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh năm 2021 nêu rõ rằng việc đánh giá lâm sàng và huyết thanh học nên được thực hiện vào thời điểm 6 và 12 tháng sau khi điều trị bệnh giang mai nguyên phát và thứ phát, và vào thời điểm 6, 12 và 24 tháng đối

với bệnh giang mai tiềm ẩn [7]. Theo Arlene và cộng sự nghiên cứu tại Hoa Kỳ việc theo dõi sự thay đổi của hiệu giá kháng thể đối với xét nghiệm không đặc hiệu RPR nên thực hiện ở các mốc 1, 3, 6, 9, 12 tháng để theo dõi đáp ứng sau điều trị [8]. Sự thay đổi HGKT RPR sau điều trị tăng/giảm  $\geq 4$  lần (hoặc 2 lần pha loãng ví dụ giảm từ 1/64 đến 1/16) là thay đổi có ý nghĩa và đáp ứng trong điều trị còn HGKT chỉ thay đổi  $\leq 2$  lần thì được xem không có ý nghĩa, không đáp ứng điều trị. Mặc dù việc theo dõi sự thay đổi của HGKT của xét nghiệm TPHA sau điều trị vẫn chưa được công nhận và nghiên cứu nhưng trong nghiên cứu này nhóm nghiên cứu cũng xin phép được theo dõi sự thay đổi HGKT của cả hai loại xét nghiệm RPR và TPHA. Do nghiên cứu tiến hành trong giai đoạn 01/ 2022 – 10/2023 khi việc cung cấp hóa chất bị gián đoạn do ảnh hưởng của dịch Covid-19 nên lượng mẫu nghiên cứu ít và không thuần nên trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 15 ca mắc giang mai sớm được chỉ định kiểm tra sau điều trị khoảng 1 tháng, có 13 ca kiểm tra sau điều trị 3 tháng, có 9 ca kiểm tra sau điều trị 6 tháng, 3 ca sau điều trị 9 tháng và 2 ca sau điều trị 12 tháng.

**Sự thay đổi HGKT RPR và TPHA sau điều trị 1 tháng:** Trong tổng số 15 ca mắc giang mai sớm được xét nghiệm bán định lượng RPR và TPHA sau 1 tháng điều trị có 5/15 có HGKT RPR giảm 2 lần (1 lần pha loãng) chiếm 33,3% trong đó có 1 ca có sự chuyển đổi huyết thanh từ 1/2 về âm tính, 40% HGKT RPR giữ nguyên. Tuy nhiên có 20% người bệnh có HGKT RPR đã tăng sau điều trị 1 tháng. Theo kết quả nghiên cứu của Theo Holman và cộng sự nghiên cứu tại Bắc Mỹ thì 20,2% người bệnh có HGKT tăng sau 14 ngày điều trị. Những người phát hiện mắc giang mai giai đoạn sớm có nhiều khả năng tăng HGKT RPR hơn so với các nhóm khác trong 2 tuần điều trị, khoảng 30,5% ở người bệnh giang mai thời kỳ nguyên phát và khoảng 17% ở giang mai thời kỳ thứ phát, 16% giai đoạn đầu [9]. Từ các kết quả trên cho thấy sự thay đổi HGKT RPR sau điều trị 1 tháng là sự

thay đổi chưa có ý nghĩa để đánh giá đáp ứng hay không đáp ứng sau điều trị. Sau điều trị 1 tháng HGKT TPHA chủ yếu giữ nguyên 6/15 (40%); có 3/15 (20%) tăng sau điều trị và có 5 ca có HGKT giảm 2 lần (1 lần pha loãng), có 1 ca HGKT giảm 4 lần (2 lần pha loãng). Cũng như HGKT RPR thì HGKT TPHA sau điều trị 1 tháng chưa có sự thay đổi có nghĩa để đánh giá sự đáp ứng sau điều trị 1 tháng. Tuy nhiên do lượng mẫu nhỏ có thể chưa phản ánh được chính xác sự thay đổi HGKT RPR và TPHA sau điều trị 1 tháng nên cần có những nghiên cứu với số mẫu nhiều hơn để đánh giá chính xác hơn mức độ đáp ứng sau điều trị. Để theo dõi đáp ứng sau điều trị bệnh giang mai cần đánh giá sau 3 tháng điều trị.

**Sự thay đổi HGKT sau điều trị giang mai 3 tháng:** Trong tổng số 13 ca được chỉ định xét nghiệm bán định lượng RPR và TPHA sau điều trị 3 tháng cho thấy so với HGKT RPR xét nghiệm trước điều trị thấy có 3 ca có sự chuyển đổi huyết thanh từ 1/2 và 1/4 về âm tính. Có 4/13 (30,8%) đã đáp ứng sau điều trị với kết quả giảm HGKT RPR  $\geq 4$  lần tương ứng với  $\geq 2$  lần pha loãng. Ngoài ra có 4/13 ca có HGKT RPR giữ nguyên và tăng 1 lần pha loãng. HGKT TPHA sau 3 tháng cũng có sự thay đổi đáng kể có 2/13 ca có HGKT TPHA giảm 8 lần (3 lần pha loãng và 7/13 ca có HGKT giảm 2 lần (1 lần pha loãng). Qua nghiên cứu của Arlene và cộng sự cho thấy rõ HGKT RPR sau 3 tháng điều trị giảm  $\geq 4$  lần so với trước điều trị là 88% [8]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn có thể do số mẫu quá nhỏ nên chưa phản ánh chính xác sự thay đổi HGKT RPR sau điều trị 3 tháng nên cần có những nghiên cứu sâu hơn với số mẫu nhiều và thuần để theo dõi sau điều trị với đầy đủ các mốc thời gian.

**Sự thay đổi HGKT RPR và TPHA sau 6 tháng điều trị:** HGKT RPR sau 6 tháng điều trị có 66,6% đáp ứng điều trị; 22,2% có sự chuyển đổi huyết thanh và 44,4% ca HGKT RPR giảm  $\geq 8$  lần. 1 ca chưa đáp ứng và 1 ca tái nhiễm (Sau điều trị 3 tháng đã có sự chuyển đổi huyết thanh và sau 6 tháng HGKT tăng 4 lần pha loãng (Từ 1/4 lên 1/64) điều này cho thấy đây là 1 ca tái mắc giang mai sớm. Sau điều trị 6 tháng HGKT TPHA cũng thay đổi với 33,3% HGKT giảm  $\geq 8$  lần pha loãng. 1 ca có HGKT tăng 5 lần pha loãng trong khi HGKT RPR từ 1/16 giảm xuống 1/2. Từ kết quả nghiên cứu trên cho thấy HGKT RPR giảm nhanh sau điều trị còn HGKT TPHA giảm chậm hơn. Qua nghiên cứu của Arlene và cộng sự cho thấy sau 6 tháng điều trị HGKT RPR giảm  $\geq 8$  lần chiếm 77,8%. Kết quả nghiên cứu

của chúng tôi thấp hơn rất nhiều là do số mẫu nghiên cứu của chúng tôi quá nhỏ nên có thể chưa phản ánh được chính xác sự thay đổi HGKT sau điều trị.

Sau điều trị 9 tháng có 3 ca được chỉ định xét nghiệm đo HGKT RPR và TPHA thì cả 3 ca đều có sự chuyển đổi huyết thanh RPR so với trước điều trị. Kết quả nghiên cứu này cho thấy sau 9 tháng điều trị thì 100% sự thay đổi HGKT này có ý nghĩa, chứng tỏ người bệnh đáp ứng tốt với điều trị.

Sau 12 tháng điều trị có 2 ca được chỉ định xét nghiệm thì cả 2 ca có HGKT RPR giảm 32 lần (5 lần pha loãng) trong đó có 1 ca có sự chuyển đổi huyết thanh. HGKT TPHA sau điều trị 12 tháng cả hai ca có HGKT giảm  $\geq 4$  lần so với HGKT ban đầu. Kết quả nghiên cứu cho thấy sự thay đổi HGKT này là sự thay đổi có ý nghĩa và chứng tỏ người bệnh đáp ứng với điều trị.

Do số mẫu trong nghiên cứu theo dõi sự thay đổi HGKT RPR và TPHA sau điều trị 1,3,6, 9 và 12 tháng ít nên kết quả nghiên cứu có thể chưa thể phản ánh được sự thay đổi HGKT sau điều trị ở các thời điểm này.

## V. KẾT LUẬN

Xét nghiệm bán định lượng cả RPR và TPHA trước điều trị là rất cần thiết. Người bệnh mắc giang mai sớm cần được theo dõi HGKT sau 03, 06, 09, 12 tháng điều trị để đánh giá tiến triển của bệnh và phòng tránh lây nhiễm cho bạn tình.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế**, "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh giang mai." Quyết định số 3548/QĐ-BYT ngày 22/7/2021.
2. **Cantisani C, Rega F, Ambrosio L, Grieco T, Kiss N, Meznerics FA, Bánvölgyi A, Vespasiani G, Arienzo F, Rossi G, Soda G, Pellacani G.** Syphilis, the Great Imitator-Clinical and Dermoscopic Features of a Rare Presentation of Secondary Syphilis. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Jan 11;20(2):1339. doi: 10.3390/ijerph20021339. PMID: 36674095; PMCID: PMC9859468.
3. **Park IU, Tran A, Pereira L, Fakile Y.** Sensitivity and Specificity of Treponemal-specific Tests for the Diagnosis of Syphilis. *Clin Infect Dis*. 2020 Jun 24;71(Suppl 1):S13-S20. doi: 10.1093/cid/ciaa349. PMID: 32578866; PMCID: PMC7312216.
4. **Causer LM, Kaldor JM, Fairley CK, et al.** A laboratory-based evaluation of four rapid point-of-care tests for syphilis. *PLoS One*. 2014;9(3): e91504. Published 2014 Mar 11. doi:10.1371/journal.pone.0091504.
5. **Nguyễn Văn An và Cộng sự** (2023)., "Xác định hiệu giá kháng thể kháng *Treponema pallidum* bằng kỹ thuật TPHA và RPR tại bệnh viện Da liễu Trung ương.," *Tạp Chí Học Việt Nam*, no. Số 527, pp. 290-293.

6. **Hướng dẫn của WHO về Điều trị Treponema pallidum (Giảm).** Geneva: Tổ chức Y tế Thế giới; 2016. 1, giới thiệu. Có tại: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK384906/>
7. **Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, Reno H, Zenilman JM, Bolan GA.** Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021 Jul 23;70(4):1-187. doi: 10.15585/mmwr.rr7004a1. PMID: 34292926; PMCID: PMC8344968.
8. **Seña AC, Wolff M, Behets F, Martin DH, Leone P, Langley C, McNeil L, Hook EW 3rd.** Rate of Decline in Nontreponemal Antibody Titers and Seroreversion After Treatment of Early Syphilis. Sex Transm Dis. 2017 Jan;44(1):6-10. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000541. PMID: 27898575; PMCID: PMC5270385.
9. **Holman KM, Wolff M, Seña AC, Martin DH, Behets F, Van Damme K, Leone P, McNeil L, Gehrig ML, Hook EW 3rd.** Rapid plasma reagin titer variation in the 2 weeks after syphilis therapy. Sex Transm Dis. 2012 Aug;39(8):645-7. doi: 10.1097/OLQ.0b013e3182536574. PMID: 22801348; PMCID: PMC3399694.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NÁM MÁ BẰNG LASER PICOSECOND YAG 1064 NM TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU HÀ NỘI

Lê Tuyết Minh<sup>1</sup>, Nguyễn Quốc Hưng<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thùy My<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả và tính an toàn của Laser Pico Nd:YAG 1064 nm trong điều trị nám má tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội năm 2021-2022. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 18 người bệnh nữ  $\geq 25$  tuổi, chẩn đoán nám má được điều trị tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội năm 2021-2022. Người bệnh được chiếu Laser Pico Nd: YAG 1064 nm trong 6 buổi, mỗi buổi cách nhau 2 tuần. Kết quả điều trị được đánh giá bằng chỉ số MASI, thang Von Luschan, mức độ hài lòng và các tác dụng phụ. **Kết quả:** Tuổi trung bình người bệnh  $42,9 \pm 6,3$ ; tất cả là nữ. Thể nám hỗn hợp chiếm 55,6%. MASI trung bình giảm từ  $7,20 \pm 4,54$  trước điều trị xuống  $2,90 \pm 1,84$  sau 6 buổi, mức giảm 59,7%. Sau 6 buổi, 88,9% người bệnh đạt cải thiện "Tốt/rất tốt" theo thang Von Luschan. 100% người bệnh hài lòng, trong đó 55,6% rất hài lòng. Không ghi nhận tác dụng phụ nghiêm trọng. **Kết luận:** Laser Pico Nd:YAG 1064 nm là phương pháp hiệu quả, an toàn trong điều trị nám má, với mức độ hài lòng cao và ít tác dụng phụ. **Từ khóa:** Nám má; Pico Nd:YAG 1064 nm; Laser picosecond.

### SUMMARY

#### RESULTS OF MELASMA TREATMENT WITH PICOSECOND YAG 1064 NM LASER AT HANOI DERMATOLOGY HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the results and safety of 1064 nm Pico Nd:YAG Laser in the treatment of melasma at Hanoi Dermatology Hospital in 2021-2022. **Subjects and methods:** Prospective study, clinical intervention on 18 female patients  $\geq 25$  years old, diagnosed with melasma, treated at Hanoi Dermatology Hospital (April 2021-March 2022).

<sup>1</sup>Bệnh viện Da liễu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Tuyết Minh

Email: letuyetminh0801@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

Patients were exposed to 1064 nm Pico Nd:YAG Laser in 6 sessions, 2 weeks apart. The results were assessed by MASI index, Von Luschan scale, satisfaction level and side effects recorded. **Results:** The average age of patients was  $42.9 \pm 6.3$  years; all were female. Mixed melasma accounted for 55.6%. The average MASI decreased from  $7.20 \pm 4.54$  before treatment to  $2.90 \pm 1.84$  after 6 sessions, a decrease of 59.7%. After 6 sessions, 88.9% of patients achieved "Good/very good" improvement according to the Von Luschan scale. 100% of patients were satisfied, of which 55.6% were very satisfied. No serious side effects were recorded. **Conclusion:** Pico Nd:YAG 1064 nm laser is an effective and safe method for treating melasma, with high satisfaction and few side effects. **Keywords:** Melasma; Pico Nd:YAG 1064 nm; Picosecond laser

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nám má là rối loạn sắc tố mắc phải thường gặp, ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng sống và tâm lý người bệnh; điều trị thường cần phối hợp đa phương thức và dễ tái phát [1]. Cơ chế bệnh sinh của nám má mang tính chất phức tạp và không đồng nhất giữa các người bệnh. Sự khác biệt có thể đến từ độ sâu lắng đọng của sắc tố, mức độ tham gia của thành phần mạch máu, tình trạng tổn thương màng đáy cũng như ảnh hưởng của các yếu tố nội tiết [2]. Chính sự đa dạng này khiến việc điều trị trở nên khó khăn và đòi hỏi phải có cách tiếp cận cá thể hóa [1-2].

Trong hoàn cảnh đó, điều trị nám má bằng Laser picosecond Nd:YAG 1064 nm nổi lên như một lựa chọn tiềm năng nhờ thời gian xung cực ngắn tạo hiệu ứng quang cơ và hiện tượng LIOB (laser-induced optical breakdown), giúp phân mảnh melanosome hiệu quả đồng thời hạn chế tổn thương nhiệt mô lân cận [3]. Bằng chứng lâm sàng trong những năm gần đây ghi nhận hiệu quả và độ an toàn của picosecond 1064 nm