

thường tai ngoài và 3,7% tổn thương màng nhĩ, chủ yếu là sẹo cũ do viêm tai giữa mạn. COPD hầu như không ảnh hưởng trực tiếp đến tai giữa, song tình trạng thiếu oxy mạn có thể làm giảm thính lực ở người bệnh lâu năm

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người bệnh COPD mắc đồng thời các bệnh lý TMH là rất cao (96,8%), trong đó phổ biến nhất là viêm họng – amidan mạn tính (59,9%), viêm thanh quản mạn (11,8%) và viêm mũi xoang (20%). Các triệu chứng TMH thường gặp như ho mạn tính, hắt hơi, chảy mũi, ù tai xuất hiện với tần suất cao, phản ánh tình trạng viêm lan tỏa của hệ hô hấp trên và dưới ở người bệnh COPD. Việc tầm soát, phát hiện sớm và điều trị phối hợp các bệnh TMH đồng mắc có ý nghĩa quan trọng trong kiểm soát triệu chứng, giảm đợt cấp và cải thiện chất lượng sống cho NB COPD.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). 2024; Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-%28copd%29?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-%28copd%29?utm_source=chatgpt.com).
2. **World Health Organization (WHO).** Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính ở Việt Nam.; Available from: <https://www.who.int/vietnam/vi/health->

3. **Negewo, N.A., P.G. Gibson, P.A. Wark, et al.** Treatment burden, clinical outcomes, and comorbidities in COPD: an examination of the utility of medication regimen complexity index in COPD. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 2017: 2929-2942.
4. **Choi, H.G., M.J. Kwon, J.H. Kim, et al.** Association Between COPD and Hearing Loss. *Laryngoscope*, 2024. 134(11): 4716-4722.
5. **Arndal, E., A.L. Sørensen, T.S. Lapperre, et al.** Chronic rhinosinusitis in COPD: A prevalent but unrecognized comorbidity impacting health related quality of life. *Respir Med*, 2020. 171: 106092.
6. **Hamdan, A.L., G. Ziade, Z. Turfe, et al.** Laryngopharyngeal symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2016. 273(4): 953-958.
7. **Liu, S., J. Yang, Y. Lin, et al.** Exploring the comorbidity association and biological mechanisms of chronic rhinosinusitis and chronic obstructive pulmonary disease. *Scientific Reports*, 2025. 15(1): 13855.
8. **Roberts, N.J., S.J. Lloyd-Owen, F. Rapado, et al.** Relationship between chronic nasal and respiratory symptoms in patients with COPD. *Respiratory medicine*, 2003. 97(8): 909-914.
9. **Aarhus, L., M. Sand, and B. Engdahl.** COPD and 20-year hearing decline: The HUNT cohort study. *Respir Med*, 2023. 212: 107221.
10. **Nguyễn Văn Thọ, Phan Thu Phương, Đinh Anh Tuấn và cs.** Bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có yếu tố hen tại Việt Nam: lưu hành độ và sự thích hợp cho y học cá thể hóa. 2023.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RỤNG TÓC TỪNG VÙNG BẰNG TRIAMCINOLONE TIÊM DƯỚI DA

Đào Hải Yến<sup>1</sup>, Huỳnh Thị Xuân Tâm<sup>1</sup>,  
Đinh Gia Hân<sup>2</sup>, Ngô Minh Vinh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị rụng tóc từng vùng (AA) và các yếu tố liên quan của điều trị AA bằng Triamcinolone tiêm dưới da. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca trên 14 bệnh nhân AA khám và điều trị tại các cơ sở y tế trong danh sách lấy mẫu từ tháng 05-10/2025. Đánh giá đáp ứng mọc tóc dựa trên điểm SALT và hình ảnh lâm sàng qua các thời điểm T0 (trước điều trị), T1 (sau điều trị 4 tuần), T2 (sau điều trị 8 tuần) được độc lập đánh giá. **Kết quả:** Điểm SALT của 14 bệnh nhân

giảm dần sau 4 tuần và 8 tuần điều trị, điểm SALT trung vị 38,5 (T0) giảm xuống 10 điểm (T2). Tỷ lệ bệnh nhân đạt SALT 25 chiếm 78,6%, đạt SALT 50 chiếm 57,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Không tìm thấy mối liên quan giữa mức độ đáp ứng điều trị với các yếu tố dịch tễ: tuổi, giới, các yếu tố lâm sàng (thời gian mắc bệnh, mức độ RT ban đầu). **Kết luận:** Điều trị AA bằng phương pháp tiêm Triamcinolone dưới da 2 lần tiêm cách nhau 4 tuần cho thấy tỷ lệ đáp ứng tốt (tỷ lệ bệnh nhân đạt đáp ứng điều trị tốt 78,6%) và không ghi nhận tác dụng không mong muốn nào. **Từ khóa:** rụng tóc từng vùng, triamcinolone, tiêm dưới da

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Phạm Ngọc Thạch

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Minh Vinh

Email: vinhnm@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 8.12.2025

Ngày duyệt bài: 9.01.2026

### SUMMARY

#### TREATMENT OUTCOMES OF ALOPECIA AREATA USING INTRALESIONAL TRIAMCINOLONE INJECTION

**Objective:** To evaluate the treatment outcomes of localized alopecia areata (AA) and factors

associated with response to intralesional triamcinolone. **Materials and Methods:** Study Design and Subjects: A descriptive observational study was conducted on 14 AA patients attending hospitals and clinics from May to October 2025. Hair regrowth response was assessed using the SALT score and clinical photographs at T0 (baseline), T1 (4 weeks), T2 (8 weeks), independently evaluated by a dermatologist. **Results:** Median SALT score decreased from 38.5 at baseline to 10.0 at 8 weeks, indicating significant treatment efficacy. After 8 weeks, 78,6% of patients achieved SALT50–75 and 57,1% achieved SALT  $\geq$ 75 ( $p < 0.05$ ). Our study did not observe any significant association between the therapeutic response to intralesional triamcinolone and demographic variables such as age or sex, nor with clinical factors including disease duration, baseline severity of alopecia. **Conclusion:** Intralesional Triamcinolone administered in two sessions spaced four weeks apart demonstrated a high therapeutic response rate in patients with alopecia areata, with 78.6% achieving a good clinical response. No treatment-related adverse events were observed throughout the study period. **Keywords:** localized alopecia areata, triamcinolone, intralesional injection

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rụng tóc từng vùng (Alopecia areata – AA) là bệnh tự miễn qua trung gian tế bào, đặc trưng bởi rụng tóc đột ngột, ảnh hưởng khoảng 2% dân số và có thể gặp ở mọi lứa tuổi<sup>1</sup>. Bệnh biểu hiện bằng mảng rụng tròn/bầu dục, bề mặt nhẵn, không vảy, không đau hay ngứa; có thể xảy ra ở tóc, râu, lông mày, lông mi hoặc lông mu. AA thường khởi phát âm thầm, tiến triển kéo dài và dễ tái phát.

AA có thể tự hồi phục khi tổn thương nhẹ và kéo dài <12 tháng; ngược lại, các thể lan rộng hiếm khi cải thiện nếu không điều trị.<sup>2</sup> Cơ chế bệnh sinh liên quan đến yếu tố di truyền và rối loạn miễn dịch,<sup>3,4</sup> điều trị còn nhiều hạn chế và chưa có phác đồ đặc hiệu, dù đã có các hướng dẫn quốc tế.

Nhiều phương pháp được khuyến cáo gồm: tiêm Triamcinolone acetonide (TAC) trong da, corticoid tại chỗ, minoxidil 2–5%, PRP, methotrexate, cyclosporin và nhóm thuốc ức chế JAK.<sup>5</sup> Trong đó, TAC tiêm tại chỗ là lựa chọn đầu tay cho AA khu trú ở người lớn nhờ hiệu quả tốt, chi phí thấp, thuốc sẵn có và phác đồ tiêm hàng tháng giúp tăng tuân thủ. Tuy nhiên, dữ liệu về hiệu quả và độ an toàn của các nồng độ thuốc vẫn còn hạn chế, đặc biệt ở Việt Nam – nơi chỉ có vài nghiên cứu với TAC 2,5–5 mg/ml điều trị 3–4 lần trong 12–16 tuần.

Từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu sử dụng Triamcinolone 10 mg/ml với 2 lần tiêm, theo dõi 8 tuần, nhằm đánh giá hiệu quả, độ an toàn và các yếu tố liên quan trong điều trị

AA bằng tiêm TAC nồng độ cao hơn với thời gian điều trị ngắn hơn.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng:** Người bệnh mắc bệnh AA đến khám và điều trị tại các Bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh, Bệnh viện đa khoa Bình Thạnh, Phòng khám đa khoa Phạm Ngọc Thạch từ tháng 05/2025 đến tháng 10/2025.

**2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:** Người bệnh từ 18 tuổi trở lên. Thỏa tiêu chí chẩn đoán bệnh AA: Theo bộ hướng dẫn đánh giá nghiên cứu mô tả tiêu chí lâm sàng và phân độ Hiệp hội Da liễu Hoa Kỳ (AAD): Rụng tóc đơn ổ hoặc đa ổ rụng tròn hoặc bầu dục, giới hạn rõ, da đầu nhẵn, không viêm mẩn, ranh giới rõ, không sẹo; Hiện diện tóc “dấu chấm than” (Exclamation mark hairs); Không mất lỗ chân lông (non-scarring pattern); Test kéo tóc dương tính ở vùng rìa tổn thương. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh mắc đồng thời các bệnh nhiễm khuẩn (Vi khuẩn, Vi nấm, Ký sinh trùng...). Rụng tóc do các nguyên nhân khác: Androgen, nấm, giang mai. Người bệnh có chống chỉ định với corticoids: nấm da đầu, nhiễm khuẩn tại vị trí điều trị, tiền sử dị ứng với glucocorticoid. Người bệnh có bệnh thần kinh, tâm thần đồng mắc, rối loạn đông máu, các bệnh lý nặng khác. Phụ nữ có thai và đang cho con bú.

**2.2. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng không nhóm chứng so sánh trước sau.

**2.3. Cỡ mẫu:** Thời gian 5 tháng từ tháng 5/2025 đến tháng 10/2025 có 14 bệnh nhân.

### 2.4. Phương pháp thu thập

**2.4.1. Công cụ thu thập dữ liệu:** Đánh giá mức độ đáp ứng % diện tích rụng tóc (DTRT) sau các điều trị dựa trên thang điểm SALT của bác sĩ điều trị và nghiên cứu viên độc lập qua từng lần điều trị. Đánh giá mức độ đáp ứng mọc tóc dựa trên hình ảnh lâm sàng thực tế chụp ở từng thời điểm T0-Trước điều trị, T1-sau 4 tuần, T2-sau 8 tuần được đánh giá độc lập bởi 1 bác sĩ chuyên khoa Da liễu khác không tham gia điều trị đánh giá % diện tích rụng tóc giảm trên từng hình ảnh.

**2.4.2. Phương pháp thu thập dữ liệu:** Người bệnh được tuyển chọn từ các bệnh viện và phòng khám thuộc danh sách nghiên cứu trong giai đoạn 5–10/2025. Những bệnh nhân đến khám và được chẩn đoán xác định AA, đồng thời đáp ứng tiêu chí chọn vào và không thuộc tiêu chí loại ra, sẽ được điều tra viên tiếp cận. Sau khi giới thiệu mục tiêu và quy trình nghiên

cứu, điều tra viên xin đồng thuận tham gia bằng văn bản trước khi thu thập dữ liệu.

Người bệnh đồng ý tham gia sẽ được phỏng vấn bằng bảng hỏi chuẩn hóa để thu thập thông tin nhân khẩu học, tiền sử bệnh và các đặc điểm lâm sàng liên quan. Sau đó, bác sĩ tiến hành khám lâm sàng, ghi nhận vị trí và kích thước các mảng rụng tóc, chụp ảnh sang thương trước điều trị, và đánh giá mức độ tổn thương theo thang SALT.

Bệnh nhân được điều trị bằng triamcinolone tiêm trong da theo quy trình thống nhất. Trước tiêm, vùng điều trị được bôi tê bằng Emla 5% trong 30 phút, sau đó lau sạch và sát khuẩn. Dung dịch TCA 40 mg/ml được pha loãng 4 lần để đạt nồng độ 10 mg/ml. Vùng rụng tóc được chia thành các ô 1 cm<sup>2</sup>, tiêm 0,1 ml vào trung tâm mỗi ô; tổng liều mỗi buổi không vượt quá 20mg.

Người bệnh được hẹn tái khám sau 4 tuần để thực hiện lần tiêm thứ hai, và tiếp tục đánh giá sau 8 tuần nhằm ghi nhận đáp ứng điều trị sau 2 lần tiêm.

**2.5. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm STATA 14.0. So sánh điểm SALT giữa các thời điểm (T0-T1, T1-T2, T0-T2) bằng phép Wilcoxon signed-rank test. Các biến định tính được so sánh bằng chi-square test hoặc Fisher's exact test khi thích hợp. Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi  $p < 0,05$ .

**2.6. Đánh giá kết quả điều trị**

**2.6.1. Yếu tố 1:** Đánh giá hiệu quả điều trị. Đánh giá mức độ đáp ứng % diện tích rụng tóc sau các điều trị dựa trên thang điểm SALT của bác sĩ điều trị và nghiên cứu viên độc lập qua từng lần điều trị.

Mức độ đáp ứng	Giảm % SALT	Ý nghĩa lâm sàng
Không đáp ứng	0%	Không cải thiện hoặc nặng thêm
Đáp ứng ít	<25%	Cải thiện ít, tóc tơ xuất hiện
Đáp ứng trung bình	25-49%	Mọc tóc rõ, mảng thu hẹp
Đáp ứng tốt	50-74%	Tóc mọc lại phần lớn vùng rụng
Đáp ứng rất tốt	≥75%	Che phủ gần hoàn toàn vùng rụng

Đánh giá mức độ đáp ứng mọc tóc dựa trên hình ảnh lâm sàng thực tế chụp ở từng thời điểm T0-trước điều trị, T1-sau 4 tuần, T2-sau 8 tuần được đánh giá độc lập bởi 1 bác sĩ chuyên khoa Da liễu khác không tham gia điều trị đánh giá % DTRT giảm trên từng hình ảnh (mù).

**2.6.2. Yếu tố 2:** Đánh giá các tác dụng không

mong muốn của người tham gia nghiên cứu:

Tức thời: Đau (Theo thang điểm VAS), chảy máu bầm, xuất huyết. Lâu dài: teo da tại chỗ tiêm, giãn mạch, mất sắc tố tại chỗ tiêm, bội nhiễm.

**2.7. Đạo đức nghiên cứu:** Đề tài được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch theo số 1382/TGGHYKPNT-HĐĐĐ).

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Mô tả đặc điểm dân số**

Đặc điểm	Phân nhóm	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)
Giới tính	Nam	3	21,4
	Nữ	11	78,6
Trình độ học vấn	Đại học	9	64,3
	Trung cấp, cao đẳng	5	35,7
Tình trạng hôn nhân	Kết hôn	10	71,4
	Độc thân	4	28,6
Nơi sinh sống	Tp HCM	9	64,3
	Tỉnh (khác)	5	35,7
Nghề nghiệp	Nhân viên văn phòng	4	28,6
	Sinh viên đại học	3	21,4
	Kinh doanh tự do	3	21,4
	Cán bộ viên chức	2	14,3
	Công nhân	1	7,1
	Nội trợ	1	7,1
Tiền sử AA bệnh nhân	Có	3	21,4
	Không	11	78,6
Tiền sử AA gia đình	Có	0	0
	Không	14	100
Thời gian mắc bệnh	>3 năm	2	14,2
	1-3 năm	6	42,9
	Dưới 1 năm	6	42,9

Phần lớn người bệnh là nữ (78,6%). Nhóm có trình độ học vấn đại học chiếm tỉ lệ cao (64,3%), cao hơn so với nhóm trung cấp/cao đẳng (35,7%). Đa số bệnh nhân đã kết hôn (71,4%). Sinh sống tại TP. Hồ Chí Minh chiếm ưu thế (64,3%). Nghề nghiệp phân bố khá đa dạng, trong đó nhân viên văn phòng chiếm 28,6%, sinh viên đại học và nhóm kinh doanh tự do đều chiếm 21,4%. Bệnh nhân không có tiền sử AA trước đó chiếm tỉ lệ cao (78,6%), và không ghi nhận trường hợp nào có tiền sử AA trong gia đình. Thời gian mắc bệnh, nhóm mắc bệnh dưới 1 năm và từ 1-3 năm đều chiếm tỉ lệ (42,9%), nhóm mắc bệnh >3 năm chiếm 14,2% mỗi nhóm.

**Bảng 2. Mô tả các bệnh lý kèm theo của đối tượng tham gia nghiên cứu**

Đặc điểm	Phân nhóm	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Bệnh tự miễn đi kèm	Có	0	0%
	Không	14	100%

<b>Tổn thương móng</b>	Có	0	0%
	Không	14	100%
<b>Bệnh lý da kèm theo</b>	Có	1	7,1%
	Không	13	92,9%

Bệnh lý da kèm theo ghi nhận ở 1 trường hợp (7,1%), trong khi đa số (92,9%) không có bệnh da khác kèm theo. Nhìn chung, tỷ lệ bệnh lý đi kèm trong mẫu nghiên cứu rất thấp.

**Bảng 3. Điểm SALT của các đối tượng qua các thời điểm điều trị**

BN	T0	T1	T2	Tỉ lệ cải thiện SALT sau 8 tuần	Phân loại đáp ứng
1	3,0	3,0	1	67%	Tốt
2	70,0	56,0	40	43%	Trung bình
3	17,0	15,0	13	24%	Ít
4	12,0	6,0	3	75%	Rất tốt
5	41,0	32,0	8	80%	Rất tốt
6	11,0	10,0	5	55%	Tốt
7	75,0	70,0	68	9%	Ít
8	36,0	17,0	6,6	82%	Rất tốt
9	52,4	26,8	4,5	91%	Rất tốt
10	55,0	68,0	6	89%	Rất tốt
11	40,0	30,0	18	55%	Tốt
12	20,0	15,0	12	40%	Trung bình
13	57,0	40,0	32	44%	Trung bình
14	37,0	35,0	30	19%	Ít

Điểm SALT của 14 bệnh nhân đều có xu hướng giảm dần sau 4 tuần và 8 tuần điều trị, phản ánh sự cải thiện tình trạng rụng tóc theo

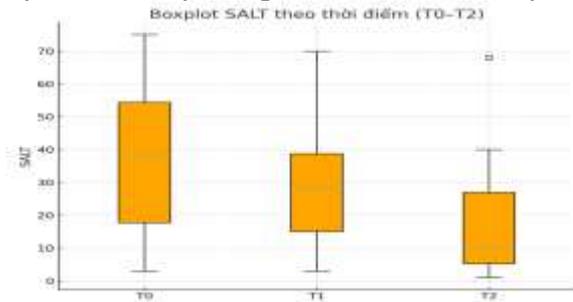
**Bảng 4. Mối liên quan giữa các đặc điểm và mức độ đáp ứng điều trị của nhóm đối tượng nghiên cứu (n=14)**

Đặc điểm dân số	Giá trị	Không đáp ứng hoặc đáp ứng ít		Đáp ứng trung bình đến tốt		p
		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	
Giới tính	Nữ	3	27.3	8	72.7	0,523
	Nam	0	0	3	100	
Nhóm tuổi	<20	0	0	1	100	0,727
	20-40	3	25	9	75	
	>40	0	0	1	100	
Thời gian mắc bệnh	<1 năm	1	16.7	5	83.3	0,775
	1-3 năm	1	16.7	5	83.3	
	>3 năm	1	50	1	50	
Căng thẳng, lo lắng	Không	0	0	3	100	0,545
	Có	3	27.3	8	72.7	
Mức độ RT ban đầu	Nhẹ-Trung bình	2	22.2	7	77.8	1
	Nặng	1	20	4	80	

Kết quả cho thấy không có mối liên quan giữa mức độ đáp ứng điều trị với các yếu tố dịch tễ như tuổi, giới hay các yếu tố lâm sàng như mức độ RT ban đầu, thời gian mắc bệnh.

**Bảng 5: Mô tác các tác dụng không mong muốn**

thời gian. Hiệu số SALT (T0-T2) đều có giá trị dương, chứng tỏ mức độ rụng tóc giảm so với trước điều trị. Trong đó, có 5 trường hợp (35,8%) đạt đáp ứng "rất tốt", 3 trường hợp (21,4%) "tốt", 3 trường hợp (21,4%) "trung bình" và 3 trường hợp (21,4%) "ít". Tỉ lệ bệnh nhân đạt mức đáp ứng từ trung bình trở lên (đạt SALT 25) chiếm 78,6%, đáp ứng tốt trở lên (đạt SALT 50) chiếm 57,2% cho thấy phần lớn người bệnh có cải thiện đáng kể sau 8 tuần điều trị.



**Biểu đồ 1. Phân bố điểm SALT trước và sau điều trị**

Wilcoxon signed-rank được sử dụng do dữ liệu cỡ mẫu nhỏ (n=14) và không phân phối chuẩn. Kết quả cho thấy điểm SALT giảm dần qua các thời điểm, phản ánh hiệu quả tích cực của điều trị Triamcinolone. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thời điểm T0-T1, T1-T2 và T0-T2, trong đó T0-T2 giảm mạnh có ý nghĩa thống kê. (p<0.001)

Tác dụng không mong muốn	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đau	12	86 %
Chảy máu, bầm	0	0%
Mất sắc tố	0	0%
Teo da, giãn mạch	0	0%
Bộ nhiễm	0	0%

#### IV. BÀN LUẬN

Trong NC của chúng tôi, 6/14 bệnh nhân (42,9%) khởi phát bệnh trong vòng 1 năm, 6 bệnh nhân (42,9%) có thời gian mắc bệnh 1-3 năm và 2 bệnh nhân (14,3%) có thời gian mắc bệnh > 3 năm (tái phát đợt 2). Kết quả này phản ánh đặc điểm diễn tiến mạn tính và xu hướng tái phát của AA. Việc xác định năm khởi phát và khoảng cách giữa các đợt giúp đánh giá tiên lượng tái phát và thiết kế kế hoạch theo dõi lâu dài.

Kết quả chúng tôi không ghi nhận có bệnh nhân có tổn thương móng đi kèm, mặc dù có 3 bệnh nhân (21,4%) thuộc nhóm AA mức độ nặng (SALT >50%). Kết quả này khác biệt với nhiều NC trong và ngoài nước, khi tổn thương móng dao động khá lớn, từ khoảng 10-20% ở một số NC nhỏ hoặc thể nhẹ, đến > 60-80% trong các NC có cỡ mẫu lớn hơn hoặc trong các thể nặng / toàn thể<sup>9</sup>. Kết quả này có thể phản ánh: (1) giai đoạn bệnh ngắn, chưa biểu hiện ở móng; (2) không có ca lan tỏa/toàn bộ; (3) khác biệt cơ địa hoặc ĐUMD tại chỗ. Kết quả khác biệt nhiên nên cần NC thêm với mẫu lớn hơn, có soi móng và phân tích mô bệnh học khẳng định.

NC chúng tôi 1/14 BN (7,1%) có viêm da cơ địa (atopic dermatitis – AD), không ghi nhận trường hợp nào có tiền sử gia đình hay các bệnh tự miễn khác (như viêm tuyến giáp, vitiligo, lupus ban đỏ). MLQ giữa cơ địa dị ứng và AA tồn tại ở mức độ thấp, nhưng vẫn có ý nghĩa về mặt bệnh sinh. Tương đồng với nghiên cứu Mohan et al. thực hiện phân tích tổng hợp 33 NC quan sát cho thấy bệnh nhân AA có tỷ lệ atopic dermatitis (AD) cao hơn so với nhóm đối chứng; phân tích ghép các NC có đối chứng báo cáo OR  $\approx$  2.57 (AA liên quan tới khả năng có AD cao hơn  $\sim$ 2.6 lần).<sup>5</sup>

Bên cạnh đó, 8/14 bệnh nhân (57,1%) ghi nhận tình trạng lo lắng tại thời điểm vào viện; đa số các trường hợp này có mức độ RT trung bình-nặng theo SALT. MLQ về mặt LS giữa lo âu/stress và mức độ nặng của AA. Tác giả Nguyễn Thùy Linh, Lê Hữu Doanh mô tả 110 BN, báo cáo tỷ lệ có "tiền sử vấn đề tâm lý" khoảng 28.2% và ghi nhận một số bệnh nhân liên hệ khởi phát với yếu tố stress/tiêm vaccine COVID-19. Kết quả ghi nhận rằng người trẻ, đến khám vì lý do thẩm mỹ, thường báo cáo liên quan stress.<sup>1</sup> NC tiến cứu của Hồ Vĩnh Đức & cs (n = 59) thu thập thông tin về tiền sử stress; báo cáo cho thấy MLQ giữa mức độ AA với yếu tố tiền sử cá nhân (trong đó có stress).<sup>2</sup>

Có 0/14 BN có bệnh lý như viêm tuyến giáp Hashimoto, lupus ban đỏ, vẩy nến, bạch biến hoặc viêm da cơ địa. Tương đồng với các NC có

cỡ mẫu nhỏ, khi nhóm bệnh nhân được chọn chủ yếu là người trẻ, khỏe mạnh, đến khám sớm vì yếu tố thẩm mỹ hơn là vì bệnh nội khoa kèm theo. Ngược lại, nhiều NC lớn và phân tích hệ thống đã chứng minh mối liên hệ giữa alopecia areata và các bệnh tự miễn, đặc biệt là bệnh tuyến giáp tự miễn, bạch biến, lupus ban đỏ hệ thống, vẩy nến.

Về kết quả điều trị, nhìn chung các công trình trên cho thấy hiệu quả điều trị của Triamcinolone đạt 2-3 lần điều trị trong 8-12 tuần, với tỉ lệ SALT  $\geq$  50 khoảng 40–70%. Kết quả của chúng tôi 57,1% sau 8 tuần hoàn toàn nằm trong khoảng này, chứng minh tính nhất quán của liệu pháp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy liệu pháp can thiệp mang lại hiệu quả rõ rệt trong cải thiện mức độ rụng tóc theo thang điểm SALT. Cụ thể, điểm SALT trung vị giảm mạnh từ 38,5 tại thời điểm ban đầu xuống còn 10,0 sau 8 tuần, trong đó nhóm bệnh nhân có đáp ứng rất tốt đạt SALT  $\geq$  75 chiếm 35,7% bệnh nhân. Những kết quả này củng cố bằng chứng rằng liệu pháp mang lại hiệu quả cao trong điều trị và có thể xem là lựa chọn tiềm năng trong quản lý AA. So với một số nghiên cứu trên thế giới, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hiệu quả nhanh hơn 8 và tỉ lệ đáp ứng SALT 50–75 cao hơn. Cụ thể, tác giả Devi so sánh hiệu quả của triamcinolone tiêm vào tổn thương và betamethasone bôi ngoài da trong việc điều trị AA. Sau 12 tuần, tóc mọc lại ở 84 (74,3%) bệnh nhân trong nhóm steroid tiêm tại chỗ và 53 (46,9%) bệnh nhân trong nhóm betamethasone bôi ngoài da ( $p < 0,001$ ), đây là một sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.<sup>6</sup> Tác giả Devi 2015 cho thấy hiệu quả rõ rệt sau 2–3 tháng, đặc biệt với bệnh khu trú. Kết quả của chúng tôi cho đáp ứng mạnh từ tuần 8 và rất cao vào tuần 12, phù hợp và khả năng hiệu quả nhanh hơn. Tương tự, Madani & Shapiro (2000) báo cáo rằng hơn 60–70% bệnh nhân AA có hiệu quả điều trị sau 2–3 tháng tiêm nội tổn thương corticosteroid, đặc biệt ở những vùng tổn thương nhỏ và thời gian mắc bệnh ngắn. Cải thiện trung bình trên 30% điểm SALT.<sup>4</sup>

Một số nghiên cứu tại Việt Nam ghi nhận kết quả tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi như NC của Lê T.Xuân & cs<sup>3</sup> đánh giá hiệu quả điều trị AA với Triamcinolone 2,5-5mg/ml trong 12 tuần, kết quả các bệnh nhân trong NC đạt SALT 50 tỉ lệ 40,7–59,3%. Cụ thể, tỉ lệ mọc lại tóc và cải thiện mật độ tóc được ghi nhận ở 40,7% và 59,3% bệnh nhân dùng nồng độ 5 mg/mL, so với 27,9% và 42,7% ở nhóm 2,5 mg/mL ( $p < 0,05$ ). Điều này tương đồng với nhận

định rằng liều cao hơn có thể hiệu quả điều trị tốt hơn, phù hợp với nghiên cứu chúng tôi với nồng độ 10mg/ml có đáp ứng nhanh hơn và hiệu quả cao hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận mối liên quan giữa mức độ đáp ứng điều trị với các yếu tố dịch tễ như tuổi, giới hay các yếu tố lâm sàng như mức độ RT, thời gian điều trị và số lần điều trị. Tương đồng với kết quả của nghiên cứu nhóm tác giả Muhaidat JM, et al. (2020, Clin Cosmet Investig Dermatol <sup>7</sup> trên 85 bệnh nhân AA tiêm Triamcinolone 2 nồng độ 2,5mg/ml và 5mg/ml, không có khác biệt có ý nghĩa độ tuổi, giới, mức độ rụng tóc ban đầu đối với đáp ứng điều trị ( $p>0.05$ ).

Về tác dụng phụ các tác dụng phụ thường gặp của liệu pháp tiêm corticosteroid trong điều trị AA trong 14 bệnh nhân có 12/14 (86%) bệnh nhân có phản hồi đau trong lúc tiêm và tất cả bệnh nhân đều đánh giá mức độ đau thuộc mức độ nhẹ theo thang điểm VAS, ngoài ra không có các tác dụng phụ không mong muốn khác. Tương đồng với nhiều nghiên cứu khác về tác dụng phụ đau thoáng qua trong khi tiêm gặp ở tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Balakrishnan A, et al<sup>8</sup> khi nghiên cứu 2 phương pháp tiêm PRP và Triamcinolone trên bệnh nhân AA, Cả hai nhóm đều ghi nhận đau khi tiêm, trong đó nhóm PRP có 3 ca đau nặng; nhóm tiêm Triamcinolone chủ yếu đau nhẹ do thủ thuật.

Nghiên cứu còn một số hạn chế. Cỡ mẫu nhỏ và thời gian theo dõi 8 tuần chưa đủ để đánh giá khả năng duy trì hiệu quả hay nguy cơ tái phát sau ngừng điều trị. Nghiên cứu cũng chưa có nhóm chứng để so sánh với các nồng độ triamcinolone khác hoặc các phương pháp điều trị khác. Ngoài ra, điểm SALT được đánh giá thủ công nên có thể xuất hiện sai số nhỏ. Tuy nhiên, các hạn chế này ít ảnh hưởng đến độ tin cậy của kết quả do toàn bộ bệnh nhân đều được đánh giá theo quy trình thống nhất bởi bác sĩ chuyên khoa da liễu.

## V. KẾT LUẬN

Đáp ứng điều trị qua thang điểm SALT với trung vị và khoảng tứ phân vị ở các thời điểm lần lượt là T0 : 38,5 (17,8 – 54,4); T1: 28,4 (15,0 – 40,0); T2: 10 (5,0 – 30,0) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p<0,001$ ), chứng minh hiệu quả điều trị qua các thời điểm. Kết quả điều trị sau 8 tuần:

- Đáp ứng tốt-rất tốt: 57,2%
- Đáp ứng trung bình: 21,4%
- Đáp ứng kém: 21,4%

Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận

mối liên quan giữa mức độ đáp ứng điều trị với các yếu tố dịch tễ như tuổi, giới hay các yếu tố lâm sàng như mức độ RT ban đầu, thời gian điều trị và số lần điều trị. Không ghi nhận bất kỳ tác dụng phụ tại chỗ hoặc toàn thân nào khác trong suốt quá trình điều trị ngoài cảm giác đau mức độ nhẹ theo thang điểm VAS trong khi tiêm ở (86%) bệnh nhân. Do đó, nghiên cứu cho thấy rằng tiêm Triamcinolone acetonide dưới da là phương pháp hiệu quả và an toàn để điều trị rụng tóc từng vùng mức độ nhẹ và trung bình, với số lần điều trị tối thiểu 2 lần, khoảng cách 2 lần tiêm cách nhau mỗi 4 tuần.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thùy Linh, Lê Hữu Doanh** (2022) "Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân rụng tóc từng mảng tại Bệnh viện Da Liễu Trung Ương". Tạp Chí Da liễu học Việt Nam, 37
2. **Hồ Vĩnh Đức, Đào Hoàng Thiên Kim, Nguyễn Hồng Hà** (2024) "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, các yếu tố liên quan và so sánh hiệu quả điều trị rụng tóc từng vùng bằng tiêm Betamethasone với bôi Fluocinolone Acetonide vào thương tổn tại Bệnh Viện Da Liễu Thành Phố Cần Thơ năm 2022-2023". Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, (71), 82-88.
3. **Xuan T. Le, Ha T. Vu, Minh Q. Nguyen, Doanh H. Le, Luyen T. H. Vu, Tuyen T. Nguyen, et al.** (2025) "Comparative study of two concentrations (2.5mg/ml and 5 mg/ml) of intralesional triamcinolone acetonide in the treatment of alopecia areata". Tạp chí Da liễu học Việt Nam, (onl2025)
4. **S. Madani, J. Shapiro** (2000). "Alopecia areata update". J Am Acad Dermatol, 42 (4), 549-66; quiz 567-70.
5. **Girish C. Mohan, Jonathan I. Silverberg** (2015). "Association of Vitiligo and Alopecia Areata With Atopic Dermatitis: A Systematic Review and Meta-analysis". JAMA Dermatology, 151 (5), 522-528.
6. **M. Devi, A. Rashid, R. Ghafour** (2015). "Intralesional Triamcinolone Acetonide Versus Topical Betamethasone Valerate in the Management of Localized Alopecia Areata". J Coll Physicians Surg Pak, 25 (12), 860-2.
7. **J. M. Muhaidat, F. Al-Qarqaz, Y. Khader, D. M. Alshiyab, H. Alkofahi, M. Almalekh** (2020) "A Retrospective Comparative Study of Two Concentrations of Intralesional Triamcinolone Acetonide in the Treatment of Patchy Alopecia Areata on the Scalp". Clin Cosmet Investig Dermatol, 13, 795-803.
8. **Esraa Fatah, Ahmed Shafy, Shrook Khashaba** (2021) "Efficacy and Safety of Intralesional Triamcinolone Acetonide Injection in The Treatment of Alopecia Areata". The Egyptian Journal of Hospital Medicine, 84, 2633-2636.
9. **S. Shakoei, G. Seifi, F. Ghanami, N. Ghandi, S. Hamzelou, M. Nasimi, et al.** (2024) "Clinical and demographic characteristics associated with nail involvement in alopecia areata: A cross-sectional study of 197 patients". Health Sci Rep, 7 (4), e2020.

# HIỆU QUẢ CỦA GÂY TÊ ĐÁM RỐI THẦN KINH CÁNH TAY ĐƯỜNG TRÊN ĐÒN DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM BẰNG LEVOBUPIVACAINE 0,375% TRONG PHẪU THUẬT CẰNG BÀN TAY

Vũ Thành Long<sup>1</sup>, Lê Sáu Nguyễn<sup>2</sup>, Đỗ Văn Lợi<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả của gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường trên đòn dưới hướng dẫn siêu âm bằng levobupivacaine 0,375% trong phẫu thuật cẳng bàn tay. **Đối tượng và phương pháp:** 74 bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi, được gây tê đám rối thần kinh cánh tay cho phẫu thuật cẳng bàn tay. Nhóm NC (37 bệnh nhân) gây tê bằng levobupivacain 0,375% và nhóm chứng (37 bệnh nhân) gây tê bằng levobupivacain 0,25%. **Kết quả:** Thời gian chờ ức chế cảm giác của nhóm NC là  $13,05 \pm 2,42$  phút ngắn hơn của nhóm chứng là  $15,78 \pm 2,49$  phút ( $p < 0,05$ ). Thời gian ức chế vận động của nhóm NC là  $4,94 \pm 1,12$  giờ dài hơn so với nhóm chứng là  $3,95 \pm 0,84$  giờ ( $p < 0,05$ ). Thời gian ức chế cảm giác của nhóm NC là  $12,6 \pm 2,06$  giờ dài hơn so với nhóm chứng là  $10,6 \pm 1,45$  giờ. Thời gian giảm đau sau mổ của nhóm NC là  $16,3 \pm 1,87$  giờ, dài hơn so với nhóm chứng là  $13,79 \pm 1,98$  giờ. ( $p < 0,05$ ). Trong 24 giờ đầu, nhu cầu sử dụng thêm thuốc giảm đau của nhóm NC có 32,4% và nhóm chứng là 62,2% ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Gây tê đám rối thần kinh cánh tay trên đòn bằng levobupivacain 0,375% có thời gian chờ ức chế cảm giác và thời gian chờ ức chế vận động ngắn hơn so với sử dụng levobupivacain 0,25%. Thời gian ức chế vận động và thời gian ức chế cảm giác của nhóm NC dài hơn nhóm chứng. Tỷ lệ sử dụng thuốc giảm đau sau mổ của nhóm NC thấp hơn nhóm chứng.

**Từ khóa:** gây tê đám rối thần kinh cánh tay, levobupivacain 0,375%

## SUMMARY

### EFFECTIVENESS OF BRACHIAL PLEXUS BLOCK UNDER ULTRASOUND GUIDANCE USING LEVOBUPIVACAINE 0,375% FOR FOREARM SURGERY

**Objective:** Evaluate the effectiveness of ultrasound-guided supraclavicular brachial plexus block with levobupivacaine 0.375% in forearm surgery at Thai Nguyen Central Hospital. **Subjects and methods:** 74 patients  $\geq 18$  years old, underwent brachial plexus anesthesia for forearm surgery. The NC group (37 patients) with levobupivacaine 0.375% and the control group (37 patients) with levobupivacaine 0.25%. **Results:** Complete sensory

block of the NC group was  $13.05 \pm 2.42$  minutes, shorter than that of the control group, which was  $15.78 \pm 2.49$  minutes ( $p < 0.05$ ). Duration of motor block of the NC group was  $4.94 \pm 1.12$  hours, longer than that of the control group, which was  $3.95 \pm 0.84$  hours ( $p < 0.05$ ). Duration of sensory block of the NC group was  $12.6 \pm 2.06$  hours, longer than that of the control group, which was  $10.6 \pm 1.45$  hours. The postoperative pain relief time of the NC group was  $16.3 \pm 1.87$  hours, longer than that of the control group which was  $13.79 \pm 1.98$  hours ( $p < 0.05$ ). In the first 24 hours after surgery, 32.4% of the NC group needed to use additional pain relievers. 62.2% of the control group needed to use additional pain relievers ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** Supraclavicular brachial plexus anesthesia with 0.375% levobupivacaine had shorter sensory block latency and motor block latency than using 0.25% levobupivacaine. Duration Motor block and duration sensory block of the NC group were longer than the control group. The postoperative pain medication use in the NC group was lower than that of the control group. **Keywords:** brachial plexus anesthesia, levobupivacaine 0.375%

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật chi trên như kết hợp xương cánh tay, phẫu thuật bàn tay... gây tê đám rối thần kinh cánh tay là kỹ thuật vô cảm thường được lựa chọn trên lâm sàng. [1] [2]

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay (ĐRTKCT) là phương pháp vô cảm chủ yếu dùng trong phẫu thuật chi trên. Gây tê trên xương đòn được lựa chọn vì có hiệu quả cao và ít biến chứng hơn gây tê đường liên cơ bậc thang và phong bế rộng hơn gây tê đường nách. [3] [1] Gây tê ĐRTKCT dưới hướng dẫn của siêu âm đạt hiệu quả cao và giảm các tai biến, biến chứng. [4]

Trước đây, trong kỹ thuật gây tê đám rối đường trên xương đòn theo mốc giải phẫu, thể tích thuốc tê lớn, với nồng độ thấp. Gần đây, các kỹ thuật gây tê dưới hướng dẫn của siêu âm thường có độ chính xác cao do vậy chỉ cần sử dụng một thể tích thuốc thấp hơn mà vẫn đạt hiệu quả gây tê tốt. Việc gây tê với nồng độ cao giúp giảm thời gian chờ, tăng thời gian gây tê và tăng hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật. [2] [5]

Ở Việt Nam đã có một số nghiên cứu đánh giá hiệu quả của gây tê đám rối thần kinh cánh tay dưới hướng dẫn siêu âm [1] [2] [6]. Tuy nhiên, nghiên cứu hiệu quả gây tê đám rối thần kinh cánh tay bằng levobupivacain 0,375% dưới hướng dẫn của siêu âm còn ít. Vì vậy chúng tôi

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu Nghị

<sup>3</sup>Bệnh viện Đại học Phenikaa

Chịu trách nhiệm chính: Lê Sáu Nguyễn

Email: lesaunguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 5.12.2025

Ngày duyệt bài: 7.01.2026