

thời gian. Điểm Wexner 6 tháng là  $3,4 \pm 1,0$  và 12 tháng là  $1,8 \pm 0,9$ . Thời điểm 24 tháng không có sự khác biệt giữa nhóm tạo hình và không tạo hình. [8]

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 68 trường hợp u trực tràng thấp, chúng tôi nhận thấy phẫu thuật cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt nối đại tràng- ống hậu môn qua nội soi đảm bảo các yêu cầu của phẫu thuật ung thư. Tỷ lệ tạo hình đại tràng chiếm 85,3% giúp làm giảm số lần đi ngoài sau mổ, thang điểm Wexner rất thuận tiện cho đánh giá tình trạng đi ngoài sau mổ của người bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trương Vĩnh Quý** "Đánh giá kết quả điều trị triệt căn ung thư trực tràng thấp bằng phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt", luận án tiến sĩ, Đại học Y Huế - 2018.
2. **Nguyễn Hoàng Minh** "Di căn hạch trong ung thư trực tràng đối chiếu với mô bệnh học và MRI", luận án tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội - 2017.
3. **Trần Anh Cường** "Đặc điểm di căn hạch và kết quả phẫu thuật ung thư trực tràng tại bệnh viện K", luận án tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội - 2017.
4. **Akasu T, Takawa M, Yamamoto S.** (2008) "Intersphincteric resection for very low rectal adenocarcinoma: Univariate and Multivariate analyses of risk factors for recurrence". Annals of surgical oncology; 15(10): 2668-2676.
5. **Portier G, Ghouti L, Kirzin S.** (2017) "Oncological outcome of the ultra-low coloanal anastomosis with and without intersphincteric resection for low rectal adenocarcinoma". British journal of surgery; 94: 341-435.
6. **Rullier E, Cunha A. SA, Couderc P.** (2013) "Laparoscopic intersphincteric resection with coloplasty and conoanal anastomosis for mid and low rectal cancer". British journal of surgery. 90: 445-451.
7. **Yamada K, Ogata S, Saiki Y.** (2007) "Functional results of intersphincteric resection for low rectal cancer". British journal of surgery; 94: 1272-1277.
8. **Calin Molnar, Butiurca Vlad-Olimpiu.** (2018) "Survival and functional and oncological outcomes following intersphincteric resection for low rectal cancer: short-term results". Journal of International Medical Research, Vol. 46(4) 1617-1625

## HIỆU QUẢ LÂM SÀNG CỦA PHƯƠNG PHÁP CẤY CHỈ TRONG HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN VIÊM DA CƠ ĐỊA

Ngô Thị Bạch Yến<sup>1</sup>, Trịnh Thị Diệu Thường<sup>2,3</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Viêm da cơ địa (AD) là tình trạng viêm da mãn tính, không thể chữa khỏi hoàn toàn. Sử dụng thuốc lâu dài hoặc không đúng cách có thể dẫn đến các biến chứng khác. Các phương pháp điều trị thay thế cần được phát triển để đáp ứng nhu cầu của bệnh nhân (BN). Cây chỉ được phát triển từ chàm cứu với ưu điểm thời gian kích thích huyết lâu, số lần điều trị ít, chu kỳ điều trị ngắn, an toàn, hiệu quả, giúp giảm chi phí điều trị. Nhiều nghiên cứu đã xác định tính an toàn của cây chỉ trong điều trị các bệnh lý da liễu, nhưng hiệu quả của nó với AD vẫn đang được khám phá. Tổng quan này sẽ thảo luận về tác dụng lâm sàng của phương pháp cấy chỉ trong hỗ trợ điều trị AD. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả của phương pháp cấy chỉ trong hỗ trợ điều trị AD. **Đối tượng và phương pháp:** Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng, từ tháng 09/2021 đến tháng 05/2022 trên 92 người tham gia (28 nam, 64 nữ) từ 18 tuổi trở lên

có AD từ nhẹ - trung bình. Nhóm nghiên cứu điều trị kết hợp cấy chỉ 2 tuần/lần và dùng bài thuốc Tiêu phong tán hàng ngày. Nhóm chứng dùng bài Tiêu phong tán hàng ngày. Kết quả chính là những thay đổi trong chỉ số Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD), Chỉ số Chất lượng Cuộc sống Da liễu (DLQI) sau 4 tuần điều trị. Đánh giá được thực hiện trước khi điều trị, tuần thứ 2 và 4 của điều trị. **Kết quả:** Sự thay đổi trung bình tổng điểm DLQI khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm ở 4 tuần sau điều trị ( $p < 0,05$ ). Tại T2 và T4, điểm khô da của nhóm nghiên cứu thấp hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Điểm ngứa, mất ngủ của nhóm nghiên cứu thấp hơn nhóm chứng ở T2 và T4, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Sự khác biệt đáng kể giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng ở tuần thứ 2, 4 về DLQI tương ứng. Có sự khác biệt đáng kể giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng về sự thay đổi của điểm số VAS (Ngứa), VAS (Mất ngủ), DLQI trước và sau điều trị. Trong thời gian điều trị không ghi nhận tác dụng phụ trên 2 nhóm nghiên cứu. **Kết luận:** Điều trị cấy chỉ 2 tuần/lần có hiệu quả giảm các triệu chứng khách quan ở bệnh nhân AD nhẹ đến trung bình, giúp cải thiện chất lượng cuộc sống, không có các tác dụng phụ.

**Từ khóa:** Viêm da cơ địa, điều trị, cấy chỉ, thử nghiệm lâm sàng, SCORAD, DLQI

### SUMMARY

#### CLINICAL EFFECT OF ACUPOINT CATGUT

<sup>1</sup>Bệnh viện Y Học Cổ Truyền TP. Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

<sup>3</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Bạch Yến

Email: yenngo1080@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.10.2022

Ngày duyệt bài: 10.11.2022

## EMBEDDING FOR THE TREATMENT OF ATOPIC DERMATITIS PATIENTS

**Background:** Atopic dermatitis (AD) is a chronic inflammatory skin condition which is noncontagious and leads to itchy, dry skin lesions that can damage the intact skin barrier. Although the etiology is not known, it is widely believed that family history and allergies play a role. The incidence of AD is usually higher in early childhood, while other allergic conditions can develop later in life, such as allergic rhinitis and asthma. AD is typically treated through topical ointments and the systematic use of pharmaceuticals to control symptoms. Long term or improper use of medications can lead to other complications. It's not possible to completely cure AD; therefore, alternative treatments need to be developed to meet the patients' needs. However, the efficacy and safety of alternate modalities remain a major concern in the health care field. Acupuncture is one such modality used in the treatment of AD. The method of ACE (acupoint catgut embedding), developed from TCM acupuncture with a certain section of absorbable catgut suture implanted in acupoint, characterized by easy operation, durable and strong stimulation, and long interval between each treatment. Although multiple studies have established the safety of ACE, its efficacy with atopic dermatitis and similar conditions is still being explored. This review will discuss the clinical effect of ACE in treatment of AD. **Objective:** The objective of this study was to assess the effectiveness of the ACE for the treatment of AD. **Methods:** A randomized, participant- and assessor-blinded, sham-controlled trial was designed with a 4-week follow-up. We equally allocated 92 participants 18 years of age and older who had mild-to-severe AD to 2 separate groups. The experimental group involves 46 patients were given a combined treatment of ACE and herbal medicine (oral Xiao-Feng-San XFS) and were followed prospectively. The patients received biweekly ACE and the Chinese herbal formula 2 times daily for a total of 4 weeks. The comparison group involves 46 patients were given a combined treatment of herbal medicine (oral XFS) and were followed prospectively. The patients received the herbal formula 2 times daily for a total of 4 weeks. Assessments were performed before treatment, and at weeks 2 and 4 of treatment. The primary outcomes were defined as the changes in the SCORing Atopic Dermatitis index (SCORAD), Dermatology Life Quality Index (DLQI). **Results:** The mean change in total DLQI score differed significantly among the 2 groups at 4 weeks after randomization ( $p < 0,05$ ). At T2 and T4, the dry skin score of the study group was lower than that of the control group, the difference was statistically significant ( $p < 0,05$ ); The score of itching, insomnia, control score of the study group was lower than that of the control group at T2 and T4, the difference was statistically significant ( $p < 0,05$ ). Significant differences between ACE and XFS groups at weeks 2, 4 with regard to DLQI respectively. Changes in subjective outcomes associate with AD: Statistically significant improvements were observed within each group over time, but significant differences between ACE and XFS

groups in terms of changes in VAS (Pruritus), VAS (Insomnia) and DLQI scores before and after treatment were present. No serious adverse events were observed. **Conclusions:** Biweekly ACE treatment was effective in reducing objective AD symptoms in patients with mild to moderate AD and may also improve quality of life without serious adverse events.

**Keywords:** Atopic dermatitis, treatment, acupoint catgut embedding, Clinical trial, SCORAD

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

AD là bệnh viêm da mãn tính thường gặp, đặc trưng bởi ngứa, khô da. AD gây khó chịu và ảnh hưởng tinh thần trong cuộc sống hàng ngày, cản trở mối quan hệ bình thường giữa các cá nhân và hoạt động xã hội, ảnh hưởng chất lượng cuộc sống. Sự không chắc chắn về căn nguyên và bệnh sinh kết hợp với nhiều yếu tố đóng vai trò trong quá trình bệnh, ảnh hưởng đến xác suất điều trị thành công. Không có phác đồ điều trị duy nhất cho AD. Điều trị bằng corticosteroid tại chỗ, kháng khuẩn, ức chế calcineurin tại chỗ, kháng histamine, ức chế miễn dịch, chất làm mềm, quần ướt, đèn chiếu, điều trị sinh học bằng kháng thể đơn dòng đều cho thấy mức độ thành công khác nhau trong việc giảm triệu chứng AD. Những phương thức điều trị này đôi khi không hiệu quả hoặc gây ra tác dụng phụ. Các triệu chứng không được kiểm soát, các đợt bùng phát tái phát và tác dụng phụ của dược phẩm đã khuyến khích bệnh nhân (BN) tìm kiếm các phương pháp (PP) điều trị thay thế. Lượng BN AD sử dụng Y học cổ truyền ngày càng tăng<sup>(1)</sup>. Châm cứu có lịch sử hơn 3000 năm tại Việt Nam, sử dụng rộng rãi trong điều trị AD do hiệu quả đã được khẳng định và không tác dụng phụ<sup>(2)</sup>. Cây chỉ là sự kết hợp giữa châm cứu truyền thống và liệu pháp mô hiện đại, bao gồm các ưu điểm của châm cứu, huyết vị và chỉ tự tiêu, tạo ra tác dụng toàn diện và lâu dài trên các huyết vị và tổ chức, thúc đẩy quá trình lưu thông máu và tái tạo dòng bạch huyết, tăng cường hoạt động và chuyển hóa của mô cục bộ<sup>(3)</sup>. Tác dụng của cây chỉ có thể kéo dài 20 ngày và bù đắp những thiếu sót của châm cứu: chu kỳ điều trị dài, thời gian kích thích ngắn, giúp giảm chi phí và thời gian điều trị so với châm cứu truyền thống<sup>(4)</sup>, an toàn, ít tác dụng phụ. Ngày càng có nhiều nghiên cứu chứng minh hiệu quả của cây chỉ trong điều trị các bệnh lý da liễu. Những năm gần đây nhóm các huyết Khúc trị, Huyết hải, Túc tam lý, Thần môn, Tam âm giao thường được dùng trong điều trị AD, có tính an toàn và hiệu quả<sup>(5),(6)</sup>. Cho đến nay chưa có một tổng quan hệ thống nào trong nước đánh giá hiệu quả và độ an toàn của cây chỉ trong hỗ

trợ điều trị viêm da cơ địa. Căn cứ vào nghiên cứu thực nghiệm, chúng tôi tiến hành nghiên cứu lâm sàng xác định hiệu quả và độ an toàn của cây chỉ cho BN AD. Mục tiêu nghiên cứu

**Mục tiêu tổng quát:** Đánh giá hiệu quả của PP cấy chỉ trong hỗ trợ điều trị BN AD giai đoạn mạn tính.

**Mục tiêu cụ thể:** - Xác định mức độ giảm triệu chứng, giảm mức độ bệnh theo thang điểm SCORAD của PP cấy chỉ kết hợp bài thuốc "Tiêu phong tán" và PP chỉ dùng bài thuốc "Tiêu phong tán" trên BN AD giai đoạn mạn tính sau 04 tuần điều trị.

- Xác định mức độ cải thiện chất lượng cuộc sống của PP cấy chỉ kết hợp bài thuốc "Tiêu phong tán" và PP chỉ dùng bài thuốc "Tiêu phong tán" trên BN AD giai đoạn mạn tính sau 04 tuần điều trị.

- Xác định tỷ lệ BN có tác dụng không mong muốn của PP cấy chỉ catgut.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu:** Can thiệp lâm sàng mở, phân phối ngẫu nhiên, có đối chứng.

**Nơi nghiên cứu:** Bệnh viện Y Học Cổ Truyền TP. Hồ Chí Minh.

**Mẫu nghiên cứu:** Áp dụng công thức so sánh 2 tỷ lệ

$$n = \frac{\left\{ Z_{(1-\frac{\alpha}{2})} \sqrt{2P^*(1-P^*)} + Z_{(1-\beta)} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

$\alpha$ : Sai lầm loại I. Chọn  $\alpha=0.05 \rightarrow Z_{1-\alpha/2}=1,96$ .  $\beta$ : Sai lầm loại II. Chọn  $\beta=0.2 \rightarrow Z_{1-\beta}=0,84$ .

$p_1$ : tỷ lệ BN đạt mức điều trị có hiệu quả ở nhóm chứng. Từ kết quả nghiên cứu của tác giả Hui-Man Cheng<sup>(21)</sup>, tỷ lệ điều trị có hiệu quả 79,7%  $\rightarrow p_1=0,797$ .

$p_2$ : tỷ lệ BN đạt mức điều trị có hiệu quả ở nhóm can thiệp, kỳ vọng cao hơn nhóm chứng 15% (dựa vào kết quả NC của tác giả Li Kai, Tan Ying<sup>(7)</sup>: tỷ lệ BN AD đạt mức điều trị có hiệu quả ở nhóm cấy chỉ là 92,86%)  $\rightarrow p_2=0,947$ .

$r$ : tỷ số cỡ mẫu  $n_1/n_2 \rightarrow r=1$ .

$n_1$ : cỡ mẫu tối thiểu dành cho nhóm chứng (PP cấy chỉ).

$n_2$ : cỡ mẫu tối thiểu dành cho nhóm can thiệp (dùng bài thuốc). Cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi nhóm được tính là 77 BN. Tỷ lệ mất mẫu dự kiến 20%. Vì vậy chúng tôi quyết định tuyển chọn 92 BN cho mỗi nhóm. Vậy tổng số BN tham gia nghiên cứu là 184. Từ tháng 09/2021 đến tháng 05/2022 tổng mẫu nhận vào nghiên cứu được 92 BN nên chúng tôi có những báo cáo sơ bộ ban

đầu của kết quả nghiên cứu.

**Kỹ thuật phân nhóm:** Chọn ra một bảng số ngẫu nhiên gồm 92 dãy số. Nhóm nghiên cứu viên chia các số ngẫu nhiên làm hai phần bằng nhau, mỗi phần gồm 46 dãy số. Khi đó, bảng số ngẫu nhiên được phân thành 4 cột có đánh các số ngẫu nhiên này và mặc định: cột thứ 1 và 3 là nhóm cấy chỉ catgut; cột thứ 2 và 4 là nhóm chứng.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** BN trên 18 tuổi, được chẩn đoán xác định là AD theo AAD 2014.

**Tiêu chuẩn bắt buộc phải có:** Ngứa. Sang thương chàm: Có hình thái điển hình và dạng chàm phù hợp với tuổi; hiện tại hoặc trước đó có sang thương ở vùng mặt gập có thể ở bất kỳ lứa tuổi nào; đặc biệt thường trừ vùng bẹn, vùng nách. Tiền sử viêm da mạn tính hoặc mạn tính tái phát.

**Tiêu chuẩn quan trọng:** Bệnh khởi phát sớm. Có yếu tố cơ địa: Tiền căn bản thân, gia đình. IgE huyết thanh tăng. Khô da. **Tiêu chuẩn phối hợp:** Đáp ứng mạch máu không điển hình (mặt tái, da về nổi màu trắng,...). Dày sừng nang lông/vảy phấn trắng alba/ lông bàn tay nhiều đường kẻ/da vảy cá. Thay đổi mắt và quanh mắt. Sang thương ở những vùng khác (quanh miệng, quanh tai...). Tăng sừng quanh nang lông/lichen hóa/sang thương dạng sần ngứa. **Giai đoạn bệnh:** Giai đoạn mạn tính: Da dày, thâm da, lichen hoá.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** BN có dấu hiệu bị bệnh tim, gan, thận, phổi nặng, đang mắc các bệnh lý ác tính (ung thư), suy giảm miễn dịch (HIV/AIDS), bệnh lý nội khoa nặng (suy tim, suy hô hấp...) và các bệnh lý nền của da (ghê, viêm da tiết bã, viêm da tiếp xúc, lymphoma tế bào T ở da, vảy nến, viêm da nhạy cảm ánh sáng, đờ da toàn thân do nguyên nhân khác), da vùng huyết bị viêm nhiễm hoặc mắc bệnh ngoài da, đang dùng các loại thuốc chống viêm có corticoid, các thuốc ức chế miễn dịch, dị ứng với chỉ tự tiêu, cơ thể suy kiệt, bệnh tâm thần nặng, có thai hoặc đang cho con bú, bị tác dụng phụ của corticoid như teo da, giãn mạch, rậm lông, rạn da, AD nặng có các biểu hiện toàn thân sốt cao, khó thở, đau bụng, rối loạn tiêu hóa, có khả năng tiến triển thành thể dị ứng nặng hơn như: hồng ban đa dạng, hội chứng Steven Johson, hội chứng Lyell..., không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### Liệt kê và định nghĩa biến số

**Biến số phụ thuộc:** Là các biến số đo lường hiệu quả điều trị và các ảnh hưởng khác của phương pháp điều trị tác động đến BN.

**Biến số chính:** Thang điểm SCORAD, DLQI.

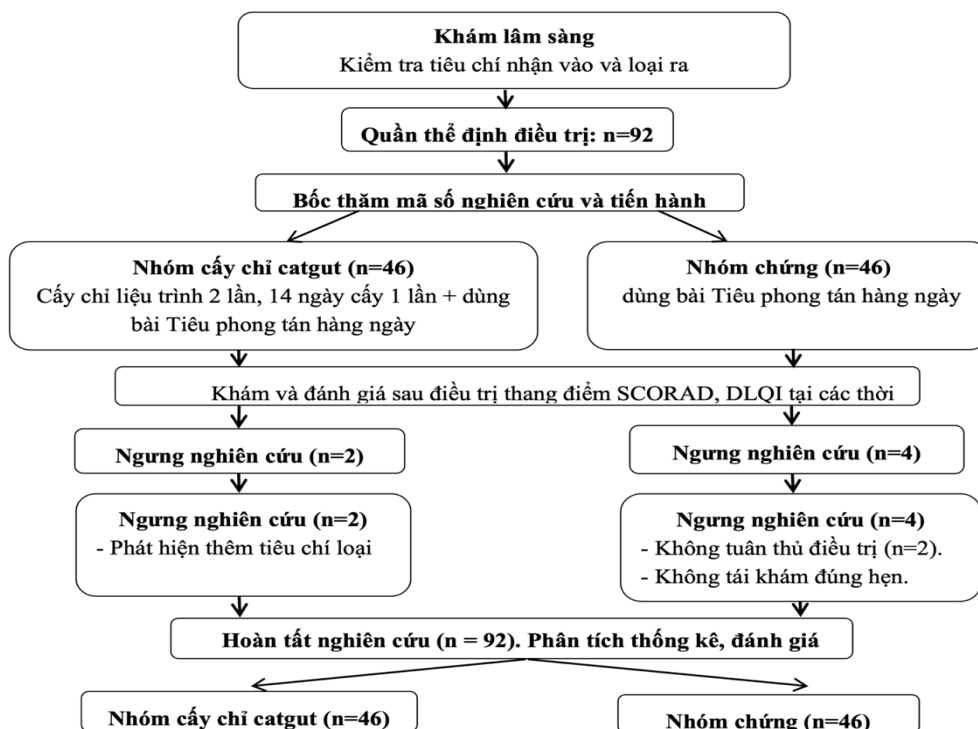
**Biến số phụ:** Tác dụng không mong muốn.

**Phương pháp can thiệp**

**Nhóm chứng:** dùng bài Tiêu phong tán hàng ngày. Thuốc được sắc đóng gói bằng máy tự động thành dạng cao lỏng 1:1 theo quy trình thường quy tại Khoa Dược - BV Y Học Cổ Truyền Tp. HCM. Mỗi gói chứa 180ml. Ngày uống 2 lần, mỗi lần 1 gói. Tất cả vị thuốc được bào chế đạt tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam V và tiêu chuẩn cơ sở.

2 tuần/lần các huyết Khúc trì, Huyết hải, Túc tam lý, Thần môn, Tam âm giao và dùng bài thuốc Tiêu phong tán hàng ngày. Thuốc được sắc đóng gói bằng máy tự động thành dạng cao lỏng 1:1 theo quy trình thường quy tại Khoa Dược - BV Y Học Cổ Truyền Tp. HCM. Mỗi gói chứa 180ml. Ngày uống 2 lần, mỗi lần 1 gói. Tất cả vị thuốc được bào chế đạt tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam V và tiêu chuẩn cơ sở.

**Nhóm nghiên cứu:** điều trị kết hợp cấy chỉ



**Sơ đồ 1. Sơ đồ tiến hành nghiên cứu**

Chỉ catgut cỡ 4/0, kim cấy chỉ: đầu kim tiêm số 23G và kim châm cứu thông nòng (Khánh Phong), kích thước 0,3 x 25 mm.

**Tiêu chuẩn đánh giá và theo dõi.** Tất cả BN đều được theo dõi và đánh giá các thông số lâm sàng trong vòng 4 tuần qua 3 thời điểm, cấy chỉ T0: trước cấy chỉ lần 1, T2: trước khi cấy chỉ lần 2 và T4: sau khi kết thúc liệu trình cấy chỉ. Trong suốt quá trình nghiên cứu BN được thăm khám và theo dõi các triệu chứng lâm sàng cũng như theo dõi tác dụng phụ mỗi 2 tuần.

**Các biến số nghiên cứu cụ thể:** tuổi, giới tính, nghề nghiệp, học vấn, tình trạng hôn nhân, tuổi khởi phát, yếu tố khởi phát, thời gian bệnh, tiền sử sử dụng thuốc và bệnh kèm theo, tiền sử gia đình, triệu chứng cơ năng, đánh giá mức độ AD theo thang điểm SCORAD, chỉ số chất lượng cuộc sống DLQI.

**Phương pháp thống kê.** Tất cả các số liệu

thu thập được phân tích và xử lý bằng phần mềm R phiên bản 4.1.1.

Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, số 2002/ĐHYD-HĐĐĐ, ký ngày 06/10/2021.

**Phương pháp thống kê:** Các biến số nghiên cứu được phân tích bằng các phép kiểm thống kê thích hợp, giá trị p được xem có ý nghĩa về mặt thống kê khi  $p < 0,05$ .

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Đối tượng nghiên cứu:** 92 BN hoàn thành nghiên cứu và đưa vào phân tích. Có sự tương đối đồng nhất giữa 2 nhóm nghiên cứu về các đặc điểm phân bố theo tuổi, giới, thời gian phát hiện bệnh, yếu tố khởi phát, đây sẽ là cơ sở đảm bảo tính khách quan trong đánh giá các kết quả nghiên cứu.

**Bảng 1: Đặc điểm phân bố bệnh nhân giữa 2 nhóm nghiên cứu**

	Nhóm nghiên cứu (N=46)	Nhóm chứng (N=46)	p
<b>Tuổi</b>			
Trung bình(SD)	48,1(18,8)	45,0(18,4)	0,4382
Trung vị [Min, Max]	47,5 [18,0; 86,0]	41,5 [20,0; 83,0]	
<b>Giới</b>			
Nam	12 (26,1%)	16(34,8%)	0,497
Nữ	34 (73,9%)	30(65,2%)	
<b>Nghề nghiệp</b>			
CNVC	14 (30,4%)	13(28,3%)	0,9213
HSSV	3 (6,5%)	7 (15,2%)	
Khác	21 (45,7%)	21(45,7%)	
Lao động chân tay	8 (17,4%)	5 (10,9%)	
<b>Trình độ học vấn</b>			
Cấp I	7(15,2%)	2(4,3%)	0,3014
Cấp II	8 (17,4%)	8(17,4%)	
Cấp III	12 (26,1%)	10(21,7%)	
ĐH/ Sau ĐH	17 (37,0%)	26(56,5%)	
Mù chữ	2 (4,3%)	0	
<b>Dân tộc</b>			
Hoa	3(6,5%)	1(2,2%)	0,617
Kinh	43 (93,5%)	45(97,8%)	
<b>Tình trạng hôn nhân</b>			
Có gia đình	32 (69,6%)	29(63,0%)	0,9523
Độc thân	7 (15,2%)	13(28,3%)	
Góa	4 (8,7%)	3(6,5%)	
Ly hôn/ Ly thân	3 (6,5%)	1(2,2%)	
<b>Tuổi khởi phát</b>			
> 12	42 (91,3%)	44(95,7%)	0,677
2-12	4 (8,7%)	2(4,3%)	
<b>Thời gian mắc bệnh</b>			
Trung bình (SD)	40,0(24,9)	32,1(23,4)	0,12
Trung vị [Min, Max]	35,5 [6,00;120]	25,0 [8,00; 96,0]	
<b>Yếu tố khởi phát</b>			
Dị nguyên khác	2 (4,3%)	3 (6,5%)	0,6678
Dị nguyên thức ăn	0	1 (2,2%)	
Dị nguyên thức ăn (gà)	1 (2,2%)	0	
Dị nguyên thức ăn (Hải sản)	10 (21,7%)	4 (8,7%)	
Dị nguyên tiếp xúc (Côn sát khuẩn tay nhanh)	1 (2,2%)	1 (2,2%)	
Dị nguyên tiếp xúc (mạt gỗ)	0	1 (2,2%)	
Không	32 (69,6%)	36 (78,3%)	

<b>Tiền căn bản thân</b>			
Hen phế quản	3 (6,5%)	2 (4,3%)	0,2833
Không có 2 tiền căn viêm mũi dị ứng + hen phế quản	32 (69,6%)	38 (82,6%)	
Viêm mũi dị ứng	11 (23,9%)	6 (13,0%)	
<b>Tiền căn gia đình</b>			
Hen phế quản	2 (4,3%)	2 (4,3%)	1
Không có 2 tiền căn viêm mũi dị ứng + hen phế quản	41 (89,1%)	40 (87,0%)	
Viêm mũi dị ứng	3 (6,5%)	4 (8,7%)	

**Bảng 2: Thang điểm SCORAD và DLQI theo thời gian điều trị ở nhóm chứng**

	SCORAD	DLQI
T0-T2	0,01765	0,1239
T0-T4	<0,001	0,0001668
T2-T4	0,04562	0,01353

**Nhận xét:** Khi đánh giá hiệu quả điều trị trên nhóm chứng theo thang điểm SCORAD, kết quả cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa về mặt thống kê hiệu quả điều trị giữa các thời điểm T0, T2, T4  $p < 0,05$ . Khi đánh giá hiệu quả điều trị trên nhóm chứng theo thang điểm DLQI, kết quả cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê hiệu quả điều trị giữa các thời điểm T0 và T4, T2 và T4 ( $p < 0,05$ ), tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa T0 và T2.

**Bảng 3: Thang điểm SCORAD và DLQI theo thời gian điều trị ở nhóm nghiên cứu**

	SCORAD	DLQI
T0-T2	0,0243	0,1312
T0-T4	<0,001	<0,001
T2-T4	0,0003685	<0,001

**Nhận xét:** Khi đánh giá hiệu quả điều trị trên nhóm nghiên cứu theo thang điểm SCORAD, kết quả cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa về mặt thống kê hiệu quả điều trị giữa các thời điểm T0, T2, T4 ( $p < 0,05$ ). Khi đánh giá hiệu quả điều trị trên nhóm nghiên cứu theo thang điểm DLQI, kết quả cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa về mặt thống kê hiệu quả điều trị giữa các thời điểm T0 và T4, T2 và T4 ( $p < 0,05$ ), tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa T0 và T2. Các thang điểm SCORAD và DLQI ở nhóm nghiên cứu giảm dần theo thời gian, chứng tỏ hiệu quả điều trị của cấy chỉ trong hỗ trợ điều trị AD.

**Bảng 4: Tác dụng trên điểm SCORAD trước và sau 4 tuần giữa 2 nhóm nghiên cứu**

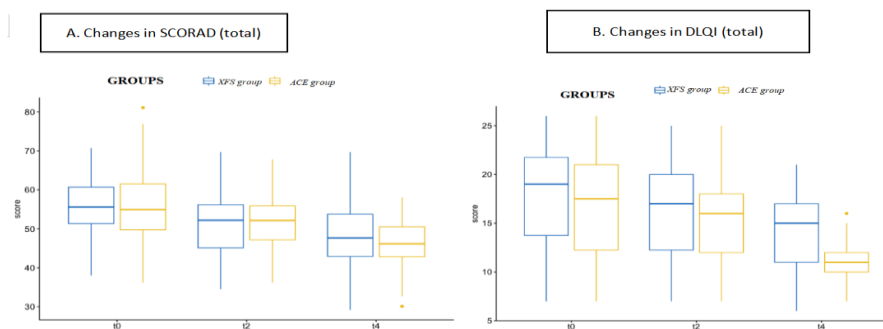
SCORAD	Nhóm chứng	Nhóm Nghiên cứu	P
T0	55,3 (7,73)	55,8 (10,2)	0,801
T2	51,4 (7,94)	51,5 (7,51)	0,928
T4	47,9 (8,30)	46,2 (6,25)	0,254

**Nhận xét:** Khi đánh giá theo thang điểm SCORAD, kết quả cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa về mặt thống kê giữa hiệu quả điều trị của hai nhóm theo thời gian ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 5: Tác dụng trên điểm DLQI trước và sau 4 tuần giữa 2 nhóm nghiên cứu**

DLQI	Nhóm chứng	Nhóm nghiên cứu	p
T0	17,9 (5,06)	17,0 (5,42)	0,395
T2	16,4 (4,45)	15,4 (4,37)	0,301
T4	14,1 (4,23)	11,1 (2,11)	0,0000486

**Nhận xét:** Khi đánh giá theo thang điểm DLQI cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hiệu quả điều trị của hai nhóm tại thời điểm T2 ( $p > 0,05$ ), tuy nhiên tại thời điểm T4, hiệu quả điều trị nhóm nghiên cứu được đánh giá là tốt hơn so với nhóm chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).



**Hình 1: Thay đổi về tổng điểm SCORAD (A) và DLQI (B) được phân tích bằng ANOVA để so sánh điểm SCORAD, DLQI giữa 2 nhóm ở tuần thứ 2, 4.**

Kết quả cho thấy ở T2 và T4, điểm khô da của nhóm nghiên cứu thấp hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Điểm ngứa, mất ngủ, điểm chứng của nhóm nghiên cứu thấp hơn nhóm chứng ở T2 và T4, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Phân tích ANCOVA cho thấy sự khác biệt đáng kể giữa nhóm chứng và nhóm nghiên cứu ở tuần thứ 2, 4 liên quan đến DLQI tương ứng. Những cải thiện đáng kể về mặt thống kê được quan sát thấy trong mỗi nhóm theo thời gian, nhưng có sự khác biệt đáng kể giữa nhóm chứng và nhóm nghiên cứu về sự thay đổi của điểm số VAS (Ngứa), VAS (Mất ngủ) và DLQI trước và sau khi điều trị.

**Đánh giá độ an toàn:** Không có tác dụng phụ nghiêm trọng nào xảy ra trong thời gian nghiên cứu.

#### IV. BÀN LUẬN

Điều trị cấy chỉ 2 tuần/lần trong 4 tuần giúp cải thiện các triệu chứng AD và điểm DLQI ở người lớn AD so với nhóm chứng. Nhóm nghiên cứu cho thấy sự cải thiện có ý nghĩa thống kê về điểm cuối chính (sự thay đổi trung bình trong tổng điểm SCORAD từ lúc ban đầu đến tuần thứ 4) so với nhóm chứng. Sự khác biệt có ý nghĩa

thống kê trong nhóm nghiên cứu cho thấy phương pháp cấy chỉ có thể tạo ra những cải thiện lâm sàng đáng kể đối với các triệu chứng cơ năng của AD. Điểm SCORAD (Tổng cộng), SCORAD (Mục tiêu) và DLQI trung bình đã giảm đáng kể trong 2 tuần sau khi bắt đầu điều trị bằng cấy chỉ và tiếp tục cải thiện trong 2 tuần sau đó ở nhóm chứng so với nhóm nghiên cứu. Các triệu chứng AD khách quan được cải thiện bằng điều trị kết hợp cấy chỉ được duy trì trong ít nhất 4 tuần, và sẽ có ý nghĩa nếu những tác dụng này có thể kéo dài lâu hơn trong các nghiên cứu sâu hơn. Một sự khác biệt đáng kể giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng được tìm thấy ở các kết quả chủ quan như VAS (Ngứa), VAS (Mất ngủ) và điểm DLQI ở tuần thứ 4. Tuy nhiên, tất cả các chỉ số chủ quan đều cải thiện đáng kể ở nhóm chứng sau điều trị so với trước khi điều trị. Điều này có thể là do tác dụng vốn có của cấy chỉ<sup>(8)</sup>: 1. Kích thích tổng hợp protein-2. Cải thiện quá trình trao đổi chất dinh dưỡng của cơ thể- 3. Thúc đẩy lưu thông máu và sự hấp thụ viêm nhiễm - 4. Phát triển cảm ứng có lợi qua vỏ não.

**Điểm mạnh của nghiên cứu này.** Đây là nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam đánh giá hiệu quả của PP cấy chỉ trên BN AD với cỡ mẫu được

tính toán trong một nghiên cứu thử nghiệm. Phác đồ điều trị dựa trên thực hành tốt nhất của ACE và được phát triển bởi các bác sĩ lâm sàng chuyên khoa; do đó, nó có khả năng tổng quát hóa rộng rãi đối với việc thực hành cấy chỉ. Chúng tôi quan sát thấy rằng kết hợp điều trị cấy chỉ có thể làm giảm các triệu chứng AD khách quan, giúp cải thiện chất lượng cuộc sống BN.

## V. KẾT LUẬN

Chúng tôi nhận thấy rằng điều trị kết hợp phương pháp cấy chỉ 2 tuần/lần trong 4 tuần đã cải thiện các triệu chứng AD ở nhóm chúng so với nhóm nghiên cứu. Việc điều trị dường như có hiệu quả từ tuần thứ hai trở đi.

## VI. KIẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chứng minh được tính hiệu quả và an toàn của PP cấy chỉ trong hỗ trợ điều trị AD mạn tính và PP này có ưu điểm là giảm các triệu chứng lâm sàng nhanh hơn, cải thiện chất lượng cuộc sống BN tốt hơn so với PP chỉ dùng bài thuốc uống. Vì vậy, chúng tôi kiến nghị triển khai ứng dụng PP cấy chỉ để hỗ trợ điều trị cho các AD mạn tính trên lâm sàng.

Nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế chưa theo dõi tỷ lệ tái phát sau điều trị. Do đó, chúng tôi kiến nghị các nghiên cứu tiếp theo cần khắc phục các hạn chế trên để đánh giá được hiệu quả của PP cấy chỉ đối với tỷ lệ tái phát AD mạn tính. Tiếp tục nghiên cứu các yếu tố có khả năng ảnh hưởng hiệu quả điều trị: độ nông sâu của kim, hướng kim, chiều dài đoạn chỉ..., từ đó chọn lựa được những loại kim và chỉ cấy tốt hơn để

khắc phục nhược điểm.

Mở rộng nghiên cứu với thời gian dài hơn, tăng cỡ mẫu để đạt kết quả thuyết phục tốt hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rezan Akpınar Saliha Karatay** (2018). Positive Effects of Acupuncture on Atopic Dermatitis. *Int J Aller Medications*, 4(2):4-30.
2. **Lê Thúy Oanh** (2010). Cấy chỉ Catgut-embedding, Nhà xuất bản Y Học Hà Nội.
3. **Yunxiang Xu, Jinyuan Cai, Linqiu Liang, Guizhen Chen, Xiaoliang Xu** (2011). The Application of Nanotechnology in Acupoint Catgut Embedding Therapy. *Materials Science Forum*, 694:68-72.
4. **AS Guo** (2013). Recent research on acupoint catgut embedding therapy. *J Clin Acupunct Moxibustion*, 29:89-91.
5. **Wu Bo Cheng Xiaoding** (2019). Acupoint catgut embedding combined with autohemotherapy for the treatment of acute eczema. *Journal of Chengdu Medical College*, 14(06):807-809.
6. **Jung Gun Park, Hyangsook Lee, Mijeong Yeom, Younbyoung Chae, Hi-Joon Park, Kyuseok Kim** (2021). Effect of acupuncture treatment in patients with mild to moderate atopic dermatitis: a randomized, participant- and assessor-blind sham-controlled trial. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 21(132).
7. **Hui - Man Cheng, Leih - Chin Chiang, Ya - Min Jan, Guang - Wei Chen, Tsai - Chung Li** (2011). The Efficacy and Safety of a Chinese Herbal Product (Xiao-Feng-San) for the Treatment of Refractory Atopic Dermatitis: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Int Arch Allergy Immunol*, 155:141-148.
8. **Li Kai Tan Ying** (2018). Study on the regulation of acupoint catgut embedding therapy on peripheral blood Th1/Th2 cells in children with atopic dermatitis. *China Practical Medicine*, 13(11):85-87.

## MỘT SỐ NGUYÊN NHÂN NGỪNG TIM Ở TRẺ TẠ TRUNG TÂM SƠ SINH VÀ KHOA CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC, BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Lê Ngọc Duy<sup>1</sup>, Đặng Thị Thuý Nga<sup>1</sup>,  
Lê Thị Hà<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Út<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Ngừng tim là tình trạng cấp cứu tối khẩn cấp, tỉ lệ tử vong cao, để lại di chứng thần kinh nặng nề, vì vậy tìm và điều trị theo nguyên nhân là một trong những yếu tố hết sức quan trọng góp phần vào hiệu quả điều

trị của bệnh nhân. **Mục tiêu:** xác định một số nguyên nhân ngừng tim tại Trung tâm sơ sinh và Khoa Cấp cứu và Chống độc, Bệnh viện Nhi Trung ương giai đoạn 2019 – 2021. **Phương pháp:** mô tả hồi cứu từ 1/2019 đến 9/2020 và mô tả tiền cứu từ 10/2020 đến 6/2021 trên 203 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu theo tiêu chuẩn ngừng tim của Hiệp hội hồi sức Hoa Kỳ 2015. **Kết quả:** Nguyên nhân gây ngừng tim trong nghiên cứu của chúng tôi do hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất là 53,7% trong đó tắc nghẽn đường thở là 14,7% và các bệnh lý của phổi màng phổi là 39%. Sau đó là nhóm sốc (20,2%), trong đó nhiễm khuẩn huyết sốc nhiễm khuẩn có tỷ lệ cao là 12,3%, sốc giảm thể tích

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Ngọc Duy

Email: drduy2411@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2022

Ngày duyệt bài: 2.11.2022