

HIỆU QUẢ VÀ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BÓT RƯỢU VANG
BẰNG LASER NHUỘM XUNG 595nm TRÊN BỆNH NHÂN VIỆT NAM

Hoàng Thanh Tuấn^{1*}, Lưu Tuấn Phong²
Đoàn Vũ Quốc Hạnh², Vũ Thị Dạ Thảo²

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và phân tích mối liên quan giữa hiệu quả điều trị với đặc điểm của thương tổn trên bệnh nhân (BN). Tối ưu hóa phác đồ điều trị cho các đối tượng khác nhau dựa trên dữ liệu thu thập được. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu phân tích hồi cứu 86 BN điều trị bớt rượu vang (port-wine stain - PWS) bằng laser nhuộm xung (pulse dye laser - PDL) 595nm tại Thẩm mỹ Hoàng Tuấn từ tháng 5/2020 - 5/2023. Dữ liệu về đặc điểm nhân khẩu học, chế độ điều trị và cải thiện lâm sàng và ảnh chụp ở mỗi đợt điều trị đã được thu thập. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng chung của BN Việt Nam là 73,3% (63/86). Tỷ lệ đáp ứng điều trị hầu như không liên quan đến độ tuổi, giới tính, và vị trí tổn thương. Tổn thương độ 1 và 2 có đáp ứng điều trị tốt chỉ với 6 - 15 buổi. Đối với tổn thương 3, tăng số buổi điều trị lên quá 15 buổi hầu như không tăng hiệu quả điều trị. Tổn thương độ 4 cần trên 16 lần điều trị để cải thiện > 60%. **Kết luận:** Laser nhuộm xung 595nm có hiệu quả cao trong điều trị bớt rượu vang ở BN Việt Nam. Mức độ đáp ứng điều trị chủ yếu bị ảnh hưởng bởi mức độ tổn thương và số lần điều trị. Các tổn thương độ 1 và 2 có thể cải thiện đáng kể với phác đồ ngắn ngày trong khi các phác đồ vượt quá 15 lần điều trị nên được cân nhắc cho những BN tổn thương độ 3 và 4.

Từ khóa: Bớt rượu vang; Laser 595nm; Laser nhuộm xung.

EFFICIENCY AND REGIMEN FOR TREATMENT
OF PORT-WINE STAIN USING 595nm PULSE DYE LASER
IN VIETNAMESE PATIENTS

Abstract

Objectives: To assess the efficacy of PDL in treating PWS and analyze the association between the treatment outcomes and the characteristics of the patients' lesions. Hence, optimizing treatment regimens based on collected data.

¹Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác

²Thẩm mỹ Hoàng Tuấn

*Tác giả liên hệ: Hoàng Thanh Tuấn (tuanht.vb@gmail.com)

Ngày nhận bài: 29/9/2023

Ngày được chấp nhận đăng: 28/11/2023

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v49i1.535>

Methods: A retrospective study was conducted on 86 PWS patients treated with PDL at Hoang Tuan Clinic from May 2020 to May 2023. **Results:** The overall response rate of Vietnamese patients was 73.3% (63/86). The response rate was generally not associated to age, gender, and lesion location. Lesions grade 1 and 2 responded well after only 6 - 15 sessions. For lesions grade 3, increasing the number of treatment sessions beyond 15 sessions hardly increased treatment effectiveness. Lesions grade 4 required more than 16 treatments to reach acceptable results. **Conclusion:** 595nm PDL was effective in the treatment of PWS in Vietnamese patients. The response rate was mainly influenced by lesion grades and the number of treatments session. Grade 1 and 2 lesions can improve significantly with shorter regimens while regimens exceeding 15 treatments should be considered for patients with lesions grade 3 and 4.

Keywords: Port-wine stain; 595nm laser; Pulse dye laser.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bớt rượu vang là những bất thường bẩm sinh về cấu trúc mạch máu dưới da có mặt từ khi sinh ra, được biểu hiện bằng các nốt màu hồng đến đỏ. PWS có thể bắt gặp ở bất kì vị trí nào trên cơ thể nhưng thường được tìm thấy chủ yếu ở vùng đầu cổ hoặc tay chân của BN [4, 5]. Nếu không được điều trị, các tổn thương không thể tự biến mất mà chuyển sang mãn tính thành các mảng sẫm màu hoặc tím thứ phát do giãn mạch máu tiến triển, gây ra các tác động tâm lý xã hội tiêu cực cho BN [5].

Trong khoảng 20 năm gần đây, PDL (bước sóng từ 575 - 595nm) đã được sử dụng khá phổ biến và được xem là tiêu chuẩn trong điều trị PWS với tác dụng cải thiện màu sắc bớt ức chế sự phát triển của bớt [9]. Khi điều trị bớt

rượu vang, năng lượng phát ra từ laser sẽ được hấp thụ bởi oxyhemoglobin của tế bào hồng cầu làm các tế bào này nóng lên và bị phá huỷ, từ đó phá huỷ các mạch máu bị giãn. Mức độ cải thiện thương tổn dao động từ khoảng 65% - 90% [1, 6, 8, 9]. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: *Đánh giá hiệu quả và các yếu tố liên quan trên BN cũng như đưa ra phác đồ điều trị phù hợp cho BN Việt Nam điều trị bằng PDL 595nm.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án của 86 BN điều trị PWS tại Phòng Da liễu, Thẩm mỹ Hoàng Tuấn từ tháng 5/2020 - 5/2023 được đưa vào nghiên cứu. Đặc điểm nhân khẩu học của BN (giới tính, tuổi),

vị trí tổn thương, cấp độ tổn thương (độ 1, 2, 3, 4), số lần điều trị, cải thiện lâm sàng, biến chứng được thu nhận qua bệnh án và được đưa vào phân tích. Ảnh được chụp trước và sau mỗi phiên điều trị ở cùng một góc và điều kiện ánh sáng phòng.

BN được lựa chọn không có giới hạn về giới tính hoặc độ tuổi có phân loại da theo Fitzpatrick là III và IV.

Độ tuổi của BN trong nghiên cứu được phân thành ba nhóm: 1 - 10 (bệnh nhi), 11 - 39 (BN trẻ tuổi) và ≥ 40 tuổi (BN lớn tuổi) theo đề xuất của Sheena và CS [3]. Vị trí tổn thương được phân loại: Toàn mặt, mặt bên (thái dương, trán, quanh ổ mắt, mặt bên của má, cằm và cổ); mặt chính giữa (mũi, mặt trong của má và môi trên); tai, vai, vú, chi trên và chi dưới [10]. Số buổi điều trị trong phân tích được nhóm lại như sau: 1 - 10, 11 - 15 và ≥ 16 lần điều trị. Những phân loại này dựa trên số lượt điều trị phổ biến nhất tại phòng khám của chúng tôi.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu hồi cứu.

* *Phương pháp điều trị:*

BN được điều trị bằng PDL Vbeam Perfecta (hãng Candela, Hoa Kỳ). Các thông số laser được lựa chọn tùy thuộc vào tuổi, mức độ, độ dày của tổn thương, khả năng chịu đau và có thể

thay đổi trong các phiên tiếp theo dựa trên đáp ứng điều trị và sự xuất hiện của các tác dụng phụ, cụ thể bao gồm: Bước sóng 595nm, kích thước đầu điều trị 7 - 10mm, mức năng lượng 6 - 12 J/cm², độ rộng xung 0,45 - 1,5ms, chế độ làm mát tự động (thời gian xịt lạnh là 30ms, thời gian nghỉ 20mn). Gây tê tại chỗ (10,56% lidocaine) được bôi trên bề mặt thương tổn 30 phút trước khi bắt đầu điều trị. Trước khi điều trị, BN sẽ được lau tê là chườm lạnh trước bằng túi gel lạnh. Bảo vệ mắt được thực hiện đầy đủ bằng kính che mắt đặc biệt cho BN và tất cả nhân viên trong phòng laser. Toàn bộ khu vực bị bệnh được điều trị laser một lượt duy nhất không chồng lấp tia. Điểm cuối lâm sàng là sự chuyển màu của màu bớt sang màu xanh đen. Sau đó, vùng điều trị sẽ được làm lạnh bằng túi gel lạnh thiết bị làm mát. BN được hướng dẫn sử dụng gel phục hồi sau laser trong ít nhất 5 ngày sau mỗi đợt điều trị và sử dụng kem chống nắng phổ rộng để bảo vệ vùng điều trị khỏi tia cực tím. Các buổi điều trị sẽ cách nhau 4 tuần.

* *Phương pháp đánh giá:*

Mức độ tổn thương được 2 bác sĩ chuyên khoa đánh giá dựa trên màu sắc và độ dày của tổn thương, chia thành 4 cấp độ: 1 (đỏ hồng), 2 (đỏ sẫm), 3 (tím đậm), 4 (tổn thương tăng sản thành nốt sần hay phì đại). Quy trình điều trị sẽ

được thực hiện 1 lần hàng tháng cho đến khi đạt được kết quả mong muốn hoặc dừng lại theo yêu cầu của BN. Sự cải thiện trên lâm sàng sẽ được đánh giá dựa vào hình ảnh trước và sau khi điều trị, được đánh giá độc lập bởi hai bác sĩ da liễu (không tham gia điều trị trước đó) theo 5 mức độ; trong đó:

- Cải thiện độ 0 (cải thiện < 20%): Không đáp ứng điều trị;
- Cải thiện độ 1 (cải thiện 21 - 40%): Đáp ứng kém;
- Cải thiện độ 2 (cải thiện 41 - 60%): Đáp ứng trung bình;
- Cải thiện độ 3 (cải thiện 61 - 80%): Đáp ứng tốt;
- Cải thiện độ 4 (cải thiện > 80%): Đáp ứng hoàn toàn.

BN đã được thông báo về khả năng bị đau rát và ban đỏ sau điều trị và đây không được coi là biến chứng. Các phản ứng bất lợi trong quá trình điều trị bao gồm tăng sắc tố sau viêm, sẹo đã được ghi nhận.

** Xử lý số liệu:*

Phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS phiên bản 25 (IBM Corp., USA). Tỷ lệ đáp ứng được định nghĩa là tỷ lệ (%) BN đáp ứng tốt trở lên (cải thiện lâm sàng > 60%, cải thiện mức độ 3 và 4). Việc so sánh tỷ lệ đáp ứng điều trị giữa các nhóm được xác định bằng kiểm

định Fisher Exact hoặc χ^2 . Tỷ lệ chênh (OR) và khoảng tin cậy 95% (95%CI) cũng được tính toán. Các kết quả khác biệt về mặt thống kê nếu giá trị $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu viên đảm bảo thực hiện quy trình phù hợp với tuyên ngôn Helsinki về đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành dưới sự chấp thuận của tất cả đối tượng nghiên cứu và mọi thông tin của đối tượng nghiên cứu đều được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Một số đặc điểm chung của đối tượng

Dữ liệu từ 88 BN đến phòng khám Thẩm mỹ Hoàng Tuấn để điều trị PWS bằng PDL 595nm đã được thu thập. BN được phân loại da theo Fitzpatrick thuộc loại III và IV. Hai bệnh nhi 2 tuổi và 8 tuổi bị loại khỏi nghiên cứu vì chỉ 2 trường hợp này trong nhóm tuổi 1 - 10 tuổi. 1 BN đều có tổn thương độ 1 bên mặt phải và 1 BN có thương tổn độ 2 ở mặt giữa và có đáp ứng tốt (cải thiện độ 3,61 - 80%) sau 6 - 10 lần điều trị. Tổng cộng có 86 BN được đưa vào phân tích.

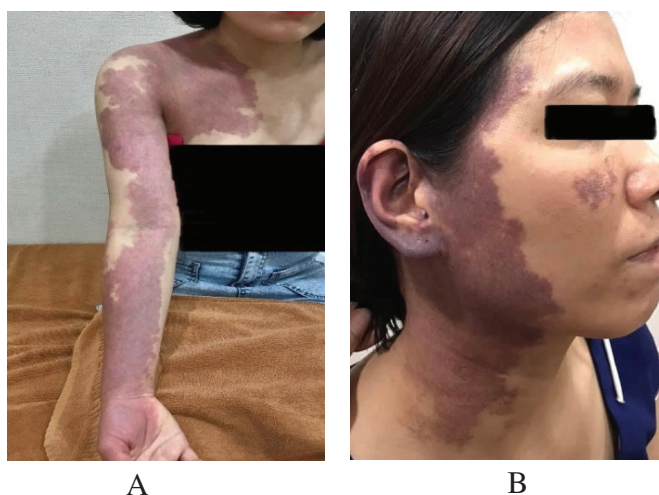
Trong số 86 BN, phần lớn là nữ giới (72/86, 83,7%) và trẻ tuổi (62/86, 72,1%), với độ tuổi trung bình là $31 \pm 6,8$ tuổi.

6 BN có nhiều vị trí thương tổn trên cơ thể, những BN khác chỉ có một. Trong đó, 1 BN có 3 tổn thương (ở mặt giữa, mặt bên và tai) và 5 BN có 2 tổn thương (2 mặt bên và mặt chính giữa, 2 mặt bên và tai, 1 vai và chi trên), làm cho tổng số tổn thương được phân tích là 93.

Bảng 1. Vị trí tổn thương.

Vị trí	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Mặt bên	73	78,5
Mặt giữa	9	9,7
Toàn mặt	1	1
Tai	1	1
Vai	2	2,1
Ngực	2	2,1
Chi trên	3	3,2
Chi dưới	2	2,1
Tổng	93	100

Tổn thương ở vùng mặt bên gặp nhiều nhất, chiếm 78,5%, tiếp đó là vùng mặt giữa và ít gặp hơn ở các vị trí khác như toàn mặt, tai, ngực...



Hình 1. A: Tổn thương ở vai và chi trên (BN Trần Thị H-1992).
B: Tổn thương mặt giữa, mặt bên và tai (BN Nguyễn Thị T-1986).

Bảng 2. Mức độ tổn thương.

Mức độ tổn thương	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Độ 1	5	5,8
Độ 2	20	23,3
Độ 3	35	40,7
Độ 4	26	30,2
Tổng	86	100

Thương tổn độ 3 chiếm tỷ lệ cao nhất (40,7%), tiếp theo là thương tổn độ 4 (30,2%), độ 2 (23,3%) và độ 1 (5,8%).



A

B

Hình 2. Mức độ tổn thương 1 (A: BN Bùi Như H-1988) và 4 (B: BN Nguyễn Thị L-1978).

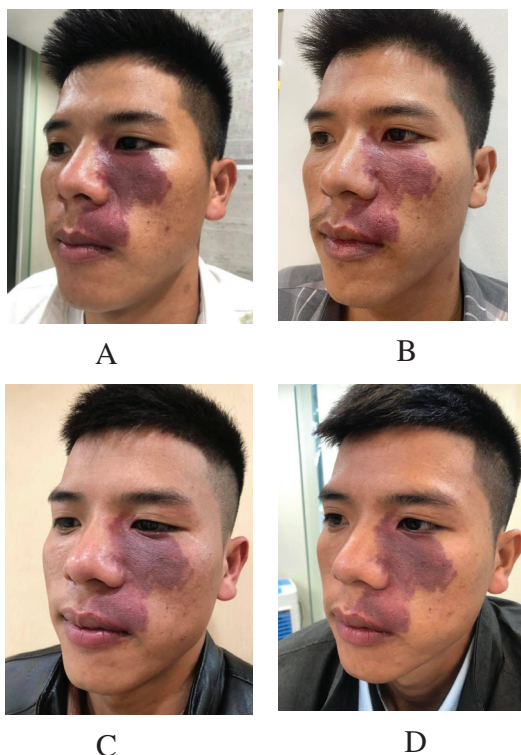
Số đợt điều trị dao động từ 6 - 22. Phần lớn BN (37/86, 43%) trải qua 16 đợt điều trị trở lên, 28 BN trải qua 11 - 15 đợt điều trị (32,6%) và 20 BN (24,4%) điều trị 6 - 10 đợt.

Tất cả các BN đều cảm thấy rất và châm chích trong quá trình điều trị. Trong đó, các BN có thương tổn ở môi thấy khó chịu nhiều nhất. Xuất huyết và phù nề nhẹ tại các vị trí điều trị xảy ra trong 90% trường hợp nhưng giảm dần sau khi làm mát (phun lạnh hoặc túi gel lạnh). Các triệu chứng rất và nề biến mất sau 3 - 5 ngày.

Bảng 3. Tỷ lệ đáp ứng điều trị theo mức độ.

Mức độ đáp ứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không cải thiện	1	1,2
Cải thiện mức độ 1	3	3,5
Cải thiện mức độ 2	19	22
Cải thiện mức độ 3	35	40,7
Cải thiện mức độ 4	28	32,6
Tổng	86	100

Tỷ lệ đáp ứng điều trị là 73,3% (63/86 BN có cải thiện lâm sàng độ 3 và 4). Có 23 trường hợp được ghi nhận là không đáp ứng điều trị; trong đó, có 1 trường hợp (1,2%) không cải thiện, 3 trường hợp (3,5%) cải thiện ở mức độ 1 và 19 trường hợp (22%) ở độ 2, 35 trường hợp (40,7%) cải thiện 61 - 80% (độ 3) và 28 BN (32,6%) cải thiện > 80% (độ 4).



Hình 3. BN không cải thiện lâm sàng (BN Nguyễn Bá H-1998).

A: Trước điều trị; B: Buổi 5; C: Buổi 10; D: Buổi 15.



A



B

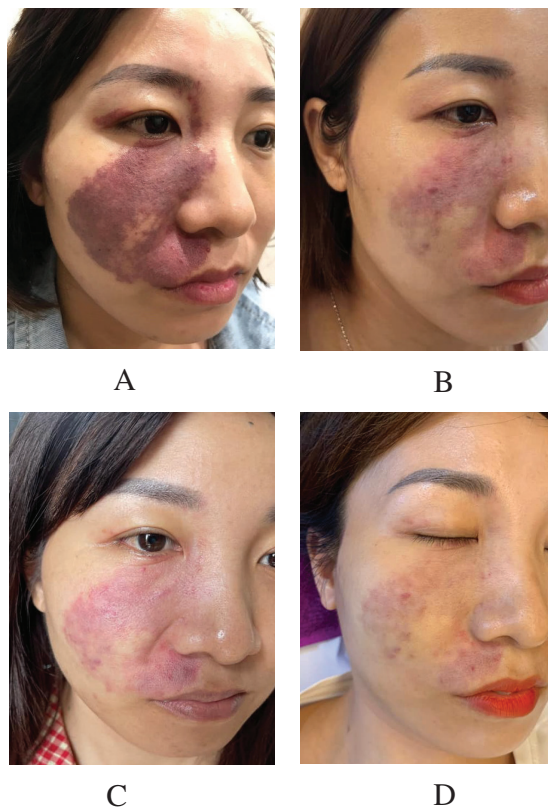


C

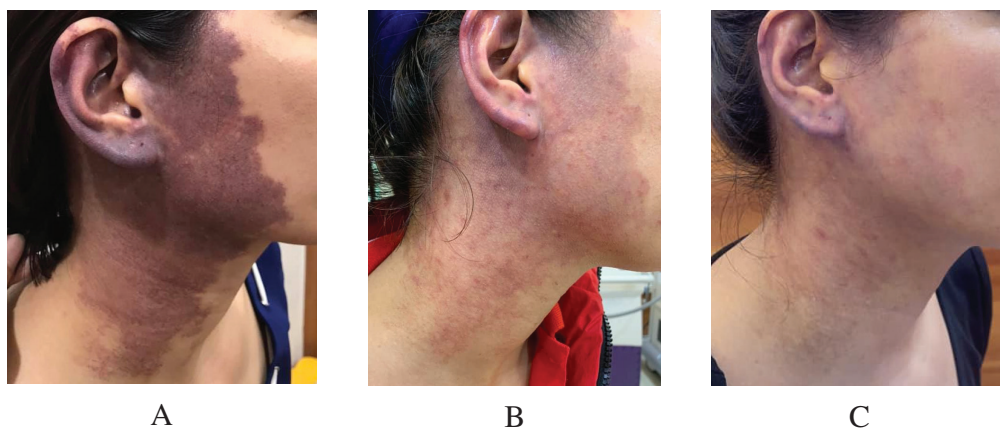


D

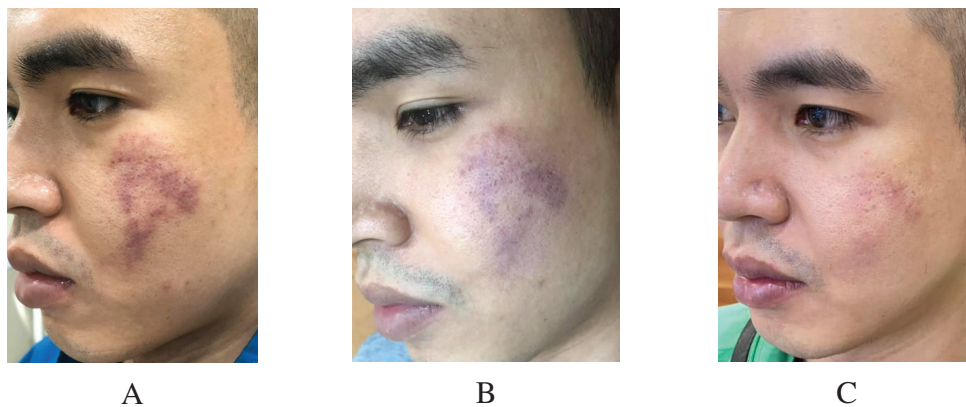
Hình 4. Cải thiện mức độ 2 (BN Sín Ngọc H-1999).
A: Trước điều trị; B: Buổi 5; C: Buổi 10; D: Buổi 15.



Hình 5. Cải thiện mức độ 3 (BN Phan Thị L-1990).
A: Trước điều trị; B: Buổi 5; C: Buổi 8; D: Buổi 12.

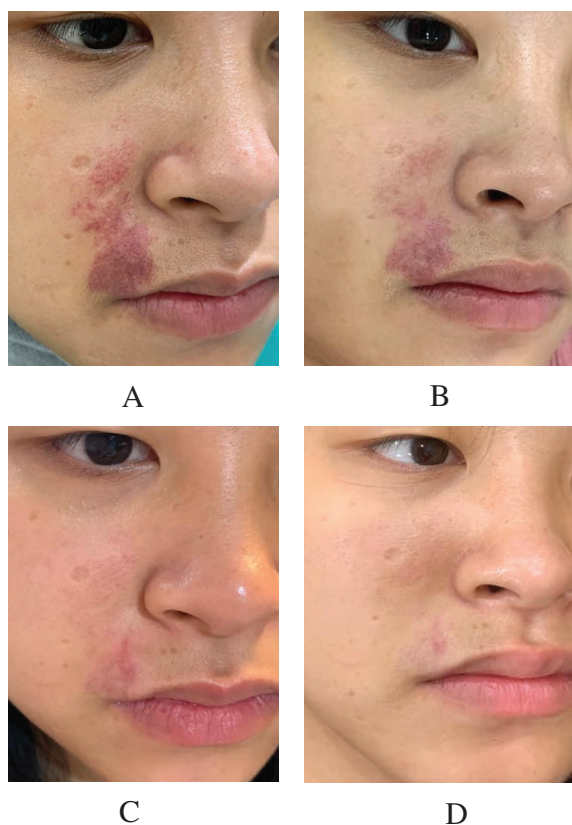


Hình 6. Cải thiện mức độ 3 (BN Nguyễn Thuý Q-1997).
A: Trước điều trị; B: Buổi 7; C: Buổi 13.



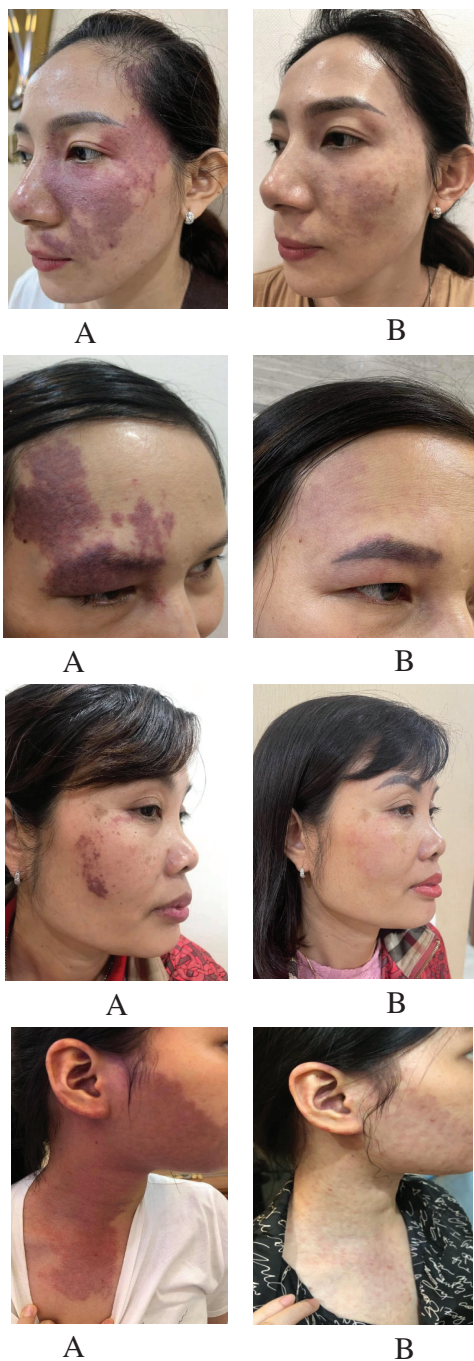
Hình 7. Cải thiện mức độ 4 (BN Nguyễn Anh H-1995).

A: Trước điều trị; B: Buổi 5; C: Buổi 10.



Hình 8. Cải thiện mức độ 4 (BN Hoàng Thị Thuý H-2002).

A: Trước điều trị; B: Buổi 3; C: Buổi 5; D: Buổi 7.



Hình 9. Một số ảnh trước-sau của BN cải thiện mức độ 4
A: Trước điều trị; B: Sau điều trị.

2. Mối liên quan giữa hiệu quả điều trị với các yếu tố

Bảng 3. Mức độ cải thiện theo nhóm tuổi.

Tuổi	Cải thiện độ 0	Cải thiện độ 1	Cải thiện độ 2	Cải thiện độ 3	Cải thiện độ 4
Trẻ (11 - 39 tuổi) (n = 62)	1 (1,6%)	2 (3,2%)	15 (24,2%)	23 (37,1%)	21 (33,9%)
Già (\geq 40 tuổi) (n = 24)	0 (0%)	1 (4,2%)	4 (16,7%)	12 (50%)	7 (29,2%)

Giới tính không có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ đáp ứng ($p = 0,407$; OR = 0,728 (95%CI = 0,220 - 2,135; OR hiệu chỉnh = 0,578, 95%CI = 0,198 - 2,197). Ngoài ra, tỷ lệ đáp ứng điều trị của BN trẻ tuổi cao hơn có ý nghĩa thống kê so với BN lớn tuổi ($p = 0,0478$). Tỷ lệ đáp ứng của các thương tổn vùng tai, vai và chi thể có mức độ cải thiện hoàn toàn (80 - 100%) trong khi vị trí vùng mặt (mặt bên và mặt giữa) không khác biệt đáng kể (71,6% so với 73,2%).

Bảng 4. Mức độ cải thiện theo số lần điều trị.

Số lần điều trị	Cải thiện độ 0	Cải thiện độ 1	Cải thiện độ 2	Cải thiện độ 3	Cải thiện độ 4
6 - 10 (n = 15)	0 (0%)	0 (0%)	4 (24,2%)	4 (24,2%)	7 (46,7%)
11 - 15 (n = 32)	0 (0%)	1 (3,1%)	5 (15,6%)	15 (46,9%)	11 (34,4%)
\geq 16 (n = 39)	1 (2,6%)	2 (5,1%)	10 (25,6%)	16 (41%)	10 (25,6%)

Bảng 5. Mức độ cải thiện theo mức độ tổn thương.

Mức độ tổn thương	Cải thiện độ 0	Cải thiện độ 1	Cải thiện độ 2	Cải thiện độ 3	Cải thiện độ 4
Độ 1 (n = 5)	0	0	0	1 (20%)	4 (80%)
Độ 2 (n = 20)	0	0	2 (10%)	10 (50%)	8 (40%)
Độ 3 (n = 35)	1 (2,8%)	1 (2,8%)	8 (22,8%)	15 (42,8%)	10 (28,8%)
Độ 4 (n = 26)	0	2 (7,7%)	9 (34,6%)	9 (34,6%)	6 (23,1%)

Nhìn chung, tỷ lệ đáp ứng điều trị khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa các mức độ tổn thương khác nhau ($p = 0,042$); trong đó, tổn thương nhẹ hơn sẽ có đáp ứng tốt hơn (Spearman $\rho = -0,278$). 100% BN tổn thương độ 1 đáp ứng điều trị trên lâm sàng; trong đó, 80% đáp ứng hoàn toàn (cải thiện độ > 80%) trong 6 - 10 lần điều trị. Tổn thương độ 2 cũng có thể đạt tỷ lệ đáp ứng cao (90%), cao gấp 1,26 lần so với tổn thương độ 3 (OR = 0,212, 95%CI = 0,046 - 0,789) và cao hơn 1,56 lần so với tổn thương độ 4 (OR = 0,197, 95%CI = 0,039 - 0,625).

Đối với tổn thương mức độ 3, việc tăng số buổi điều trị không làm tăng tỷ lệ đáp ứng (phác đồ ≥ 16 lần điều trị so với 6 - 10 lần điều trị, OR = 1,113 (95%CI = 0,27 - 7,435). Không có BN tổn thương độ 4 nào cải thiện sau 6 - 10 lần điều trị và tỷ lệ đáp ứng cao (78%) được ghi nhận khi BN được điều trị ≥ 16 lần điều trị.

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu hồi cứu trên 86 BN để nghiên cứu hiệu quả điều trị PWS bằng PDL 595nm. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ đáp ứng điều trị tổng thể là 73,3%, kết quả này phù hợp với báo cáo của bác sĩ Lê Thảo Hiền và CS trong nghiên cứu tương tự tại Bệnh viện Da liễu Thành

phố Hồ Chí Minh cho thấy tỷ lệ đáp ứng điều trị là 75% (24/32) và các nghiên cứu khác trên thế giới với tỷ lệ cải thiện từ 60% - 90% [3, 8, 9]. Điều này càng chứng minh hiệu quả của PDL 595nm có hiệu quả trong điều trị PWS. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ đáp ứng khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa các vị trí khác nhau, nhưng có thể quan sát thấy rằng tai, vú và chi trên có thể đạt mức cải thiện độ tốt hơn các vị trí thương tổn vùng mặt. Các tổn thương lớn (chiếm 2 - 3 vùng cơ thể) hầu như chỉ cải thiện mức độ 3 (40 - 60%) dù có trải qua > 15 phiên điều trị. Điều này chứng tỏ rằng các vết bớt có kích thước lớn sẽ có đáp ứng kém, điều này cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu khác [5, 8, 9]. Những đặc điểm này không được đưa vào phân tích vì chúng là thiểu số.

** Ảnh hưởng của tuổi và giới tính đến đáp ứng điều trị:*

Giới tính và độ tuổi không ảnh hưởng nhiều đến tỷ lệ đáp ứng điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, một số nghiên cứu trước đây cho rằng những BN trẻ tuổi có đáp ứng tốt hơn những BN lớn tuổi [1, 9]. Điều này có thể được giải thích bởi sự khác biệt về độ tuổi của đối tượng tham gia giữa các nghiên cứu này và nghiên cứu của chúng tôi. Đặc biệt, những BN nhỏ tuổi cho thấy sự cải thiện tốt hơn trong

các nghiên cứu này là những bệnh nhi < 10 tuổi hoặc thậm chí từ 0 - 1 tuổi [1, 8, 9]. Trong khi đó, nghiên cứu của chúng tôi chỉ có hai BN ở độ tuổi này và trường hợp này bị loại khỏi phân tích. Trên thực tế, kết quả của chúng tôi tương tự như trong nghiên cứu của Shi và CS cho thấy không có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ đáp ứng điều trị ở BN từ 10 - 60 tuổi [9]. Bệnh nhi được cho là đáp ứng tốt hơn với điều trị vì bệnh nhi có lớp bì mỏng hơn, ít melanin ở thượng bì nên giảm sự tán xạ của laser và các thương tổn khi còn nhỏ thường nhẹ hơn [1, 2].

** Ảnh hưởng của vị trí tổn thương đến đáp ứng điều trị:*

Theo kết quả phân tích của chúng tôi, các tổn thương ở mặt bên và mặt giữa có tỷ lệ đáp ứng gần như nhau và không có sự khác biệt đáng kể với những vị trí khác, không giống với kết quả của Shi và CS với nghiên cứu cho thấy thương tổn ở các chi có sự cải thiện kém hơn so với thương tổn ở các vị trí khác của cơ thể [9]. Điều này có thể là do trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có một số lượng nhỏ các trường hợp bớt hiện diện ở chi. Hai trường hợp tổn thương ở chi dưới mức độ tổn thương nặng (độ 3 và 4); trong đó, 1 trường hợp cải thiện lâm sàng độ 3 sau 10 lần điều trị. Ngoài ra, số mẫu có thương tổn ở các vị trí khác ngoài mặt

cũng quá ít. Do đó, cần có số lượng BN lớn hơn trong các nghiên cứu trong tương lai để có được kết luận đáng tin cậy hơn về đáp ứng điều trị giữa ở bộ phận cơ thể khác nhau.

** Ảnh hưởng của mức độ tổn thương và số buổi điều trị đến đáp ứng điều trị:*

Trong các yếu tố, chỉ có mức độ tổn thương tác động đến mức độ cải thiện của thương tổn theo số buổi điều trị. Tổn thương độ 1 và 2 có mức độ cải thiện tốt sau với thời gian điều trị ngắn hơn (6 - 15 đợt). Thương tổn độ 3 cho thấy mức độ cải thiện không tăng lên đáng kể dù có tăng số buổi điều trị lên trên 16 đợt. Mặc dù vậy, một phác đồ ≥ 16 lần cũng có thể được cân nhắc để điều trị các tổn thương ở độ 4 vì nó có thể tăng đến 3,7 lần tỷ lệ đáp ứng so với phác đồ 11 - 15 lần. Do đó, chúng tôi khuyến nghị rằng các thương tổn độ 1 và 2 có thể thiết lập điều trị với phác đồ 6 - 15 đợt điều trị. Với tổn thương độ 3, nên tùy thuộc vào mức độ cải thiện theo từng buổi và mong muốn của BN để quyết định có tiếp tục điều trị sau một liệu trình 15 buổi hay không. Với tổn thương độ 4, cần kiên trì điều trị phác đồ ≥ 16 buổi để nhận được kết quả điều trị tốt nhất. Điều này đi ngược lại với một nghiên cứu trên BN ở Thái Lan của tác giả Rungsima và CS cho rằng chỉ nên điều trị 10 buổi để đạt hiệu quả lâm sàng 60% vì điều trị kéo dài gây tổn kém và mức độ cải

thiện thêm là thấp [8]. Tuy nhiên, liệu trình điều trị dài ngày cho các thương tổn đậm màu và có tăng sản lại được ủng hộ ở đa số nghiên cứu khác ở Việt Nam, Trung Quốc và trên thế giới [1, 9, 10]. Nguyên nhân có thể do lượng mạch máu bị giãn dưới da lớn, da bị dày lên làm hạn chế sự thâm nhập của laser và làm sự tái tuần hoàn của các mạch máu này diễn ra nhanh hơn.

Một trong những hạn chế của nghiên cứu này là việc đánh giá kết quả lâm sàng dựa trên đánh giá chủ quan của bức ảnh. Mặc dù chúng tôi đã cố gắng chuẩn hóa việc đánh giá nhưng vẫn kém tin cậy hơn so với các thông số đo được bằng thiết bị để độ dày của da, độ sâu của mạch và đường kính của mạch. Hơn nữa, dữ liệu được thu thập từ một trung tâm duy nhất cũng có thể ảnh hưởng đến tính khái quát của kết quả. Chúng tôi khuyến nghị nên tiến hành các nghiên cứu khác chi tiết hơn để có thể đánh giá bao hàm các yếu tố này.

KẾT LUẬN

PDL có hiệu quả cao trong điều trị bớt rượu vang ở BN Việt Nam. Kết quả lâm sàng của PWS được điều trị bằng PDL chủ yếu bị ảnh hưởng bởi các mức độ tổn thương và số buổi điều trị. Tổn thương ở mức độ thấp hơn có sự cải thiện tốt hơn và cần ít đợt điều trị hơn. Tổn thương độ 1 và 2 có thể

được làm mờ với phác đồ < 15 lần điều trị trong khi phác đồ vượt quá 15 lần điều trị nên được xem xét cẩn thận đối với tổn thương độ 3 sau khi đánh giá các tình trạng liên quan. Tổn thương độ 4 cần ≥ 16 lần điều trị để đạt được kết quả tốt.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin gửi lời cảm ơn Bộ môn - Trung tâm Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ và tái tạo, Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác; Thẩm mỹ Hoàng Tuấn và các BN đã hợp tác và đồng hành cùng chúng tôi trong nghiên cứu này. Chúng tôi cam kết không có xung đột lợi ích với bất kể cá nhân, tổ chức nào liên quan đến bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thảo Hiền, Ngô Quốc Hưng, Nguyễn Trọng Hòa. Laser PDL 595nm trong điều trị bớt rượu vang: Nghiên cứu hồi cứu 32 trường hợp tại Bệnh viện Da liễu thành phố Hồ Chí Minh. *Da liễu học*. 2019; 28:13-19.
2. Bae YSC, Ng E, Geronemus RG. Successful treatment of two pediatric port wine stains in darker skin types using 595nm laser. *Lasers in Surgery Medicine*. 2016; 48:339-342.
3. Chatrath S, Silverberg JI. Phenotypic differences of atopic dermatitis stratified by age. *JAAD International*. 2023; 11:1-7.

4. José Alcides Almeida de Arruda, Emanuel S Andrade. Vascular malformation of the face: A rare case with follow-up of 18 years. *Acta stomatol Croat.* 2017; 51(4):332-335.
5. Lian CG, Sholl LM, Zakka LR, Liu C, Xu S, Stanek E, et al. Novel genetic mutations in a sporadic port-wine stain. *JAMA Dermatology.* 2014; 150:1336-1340.
6. Loffeld A, Zaki I, Abdullah A, Lanigan S. Study of patient-reported morbidity following V-beam pulsed-dye laser treatment of port wine stains. *Lasers in Medical Science.* 2005; 20:114-116.
7. Lü-Ping Huang, Jia-Lin Luo, Jian Chen, Chun-Hong Zhang, Li Chen. Laser treatment of port wine stains. *Article in Chinese.* 2011; 27(5):348-351.
8. Rungsima Wanitphakdeedecha, Tatre Jantarakolica, ect. The cost-effectiveness of pulsed-dye laser therapy among thai patients with facial port-wine stain: A retrospective study and economic evaluation. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2021; 11(2):465-473.
9. Wenhao Shi, Jinliang Wang, Yan Lin, Jianhui Geng, Haixia Wang. Treatment of port wine stains with pulsed dye laser: A retrospective study of 848 cases in Shandong Province. *People's Republic of China.* 2019; 8:2531-2538.
10. Yu W, Ma G, Qiu Y, Chen H, Jin Y, Yang X, et al. Why do port-wine stains (PWS) on the lateral face respond better to pulsed dye laser (PDL) than those located on the central face?. *Journal of the American Academy of Dermatology.* 2016; 74:527-535.