

TÌNH HÌNH, ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA SẸO LỖI Ở BỆNH NHÂN SẸO LỖI ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG

Đinh Hữu Nghị*, Nguyễn Hữu Sáu**

TÓM TẮT

Mục tiêu: khảo sát đặc điểm lâm sàng sẹo lồi ở bệnh nhân (BN) đến khám tại Bệnh viện Da liễu Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 65 BN được chẩn đoán sẹo lồi tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ 1/1/2009 đến tháng 12/2009. **Kết quả:** 89,2% BN ở lứa tuổi từ 16 đến 60. Tỷ lệ nam/nữ = 1/1,6. 18,5% BN có tiền sử gia đình. Triệu chứng cơ năng hay gặp là ngứa (95,4%) và đau (72,3%). Vị trí sẹo lồi ở ngực và trước xương ức tỷ lệ chiếm lệ cao nhất (tương ứng là 48% và 35,4%). 36,9% sẹo lồi xuất hiện tự phát. Độ dày trung bình của sẹo là $5,50 \pm 2,01\text{mm}$ (da bình thường: 1,9mm). **Kết luận:** sẹo lồi thường gặp nhất ở lứa tuổi lao động. Ngứa là triệu chứng chính khiến BN đến khám. Sẹo lồi thường xuất hiện một cách tự phát hay sau một số bệnh da ở vùng da căng với độ dày trung bình gấp 3 lần độ dày của da bình thường.

SUMMARY

Situation and clinical features of keloids in patients consulted at the National Hospital of Dermatology and Venereology

Objectives: To investigate clinical features of keloids in patients consulted at the National Hospital of Dermatology and Venereology (NHDV). **Methods:** the cross-sectional study was carried out on 65 patients with keloids at the National NHDV from January 1, 2009 to December 31, 2009. **Results:** 89.2% patients were at the age between 16 and 60. The rate of sex (male/female) was 1/1.6. 18.5% patients with familial history of keloids. The most common symptoms were itching (95.4%) and painful (72.3%). The skin of chest and ante-sternal area had the highest rate of keloids (40% and 35.4%, respectively). 36.9% keloids arise spontaneously. The average thickness of keloids was $5.50 \pm 2.01\text{mm}$ (normal skin: 1.9mm). **Conclusions:** Keloids usually appear on people at working age. Itching was the main reason that make patients come to doctors. Keloids often arose spontaneously or occurred as a result of some skin diseases in excessive tension skin areas. The average thickness of keloids was three times greater than in normal skin.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sẹo lồi là tình trạng bệnh lý lành tính của da do sự lắng đọng quá mức các tế bào xơ và sợi collagen tại tổ chức. Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, cả hai giới và mọi chủng tộc. Người da đen có tỷ lệ bệnh cao nhất, sau đó là người da vàng và người da trắng. Nghiên cứu của Ketchum năm 1974 cho thấy tỷ lệ mắc bệnh giữa người da đen và người da trắng là 5/1 [8].

Trong những năm gần đây, nhờ những tiến bộ về sinh học phân tử, cơ chế sinh bệnh học của sẹo lồi và sẹo quá phát ngày càng được làm sáng tỏ. Trong đó, các yếu tố TGF- β (transforming growth factor-beta) và FGF (fibroblast growth factor) đóng vai trò quan trọng trong quá trình hình thành và phát triển sẹo [7].

Tại Khoa Laser Phẫu thuật thẩm mỹ - Bệnh viện Da liễu Trung ương, số BN đến điều trị sẹo lồi ngày càng tăng. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào về đặc điểm của sẹo lồi. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: khảo sát tình hình, đặc điểm lâm sàng của sẹo lồi ở bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu

65 BN được chẩn đoán sẹo lồi tại Khoa Laser Phẫu thuật thẩm mỹ - Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 1/2009-12/2009.

Tiêu chuẩn chọn BN: chẩn đoán xác định sẹo lồi theo tiêu chuẩn quốc tế, dựa vào triệu chứng lâm sàng.

* BS., ** TS., Bệnh viện Da liễu Trung ương

- Khối sẹo phát triển cao lên, rộng ra, xâm lấn vào tổ chức da lành xung quanh, vượt quá giới hạn của tổn thương da ban đầu.

- Phát triển liên tục, không có khuynh hướng tự thoái lui theo thời gian.

- Khối sẹo có màu sắc từ hồng đến nâu hoặc đỏ, có nhiều mạch máu dưới lớp biểu mô sẹo.

- Mật độ sẹo cứng - chắc, ấn đau.

- Triệu chứng cơ năng: sẹo thường gây ngứa và đau tại chỗ.

- Thời gian bị bệnh ít nhất là 9 tháng.

2. Phương pháp nghiên cứu

* Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu mô tả cắt ngang

* Thu thập số liệu dựa trên bệnh án mẫu nghiên cứu.

* Phân tích và xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 15.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Tuổi và giới của BN

Giới Nhóm tuổi	Nam		Nữ	
	SL	TL %	SL	TL %
15	2	3,1	5	7,7
16- 35	22	33,8	26	40
36-60	1	1,5	9	13,9
Tổng	25	38,5	40	61,5

BN từ 16-35 tuổi chiếm 73,8%. BN nhỏ nhất là 15 tuổi và cao nhất là 58 tuổi. Tỷ lệ bệnh ở nữ (61,5%) cao hơn nam (38,5%).

Bảng 2: Lý do đến khám

Lý do	Số BN	TL %
Thẩm mỹ	27	41,5
Ngứa	30	46,2
Đau	8	12,3
Tổng	65	100

46,2% BN đến khám vì ngứa và 41,5% vì lý do thẩm mỹ.

Bảng 3: Phân bố sẹo lồi theo vị trí

Vị trí sẹo	SL	TL %
Trước xương ức	23	35,4
Ngực	26	40
Bà vai	12	18,5
Vùng cơ delta	3	4,6
Hàm dưới	3	4,6
Bụng	1	1,5
Tay	8	12,3
Chân	5	7,7
Khác	6	9,2

Ngực và trước xương ức là những vùng có tỷ lệ sẹo cao nhất 40% và 35,4%.

Bảng 4: Sự xuất hiện của sẹo (n=65)

Sự xuất hiện của sẹo	Số BN	TL %
Tự phát	24	36,9
Sau trứng cá	15	23,1
Sau mụn nhọt	6	9,2
Sau chấn thương	12	18,5
Sau bỏng	5	7,7
Bệnh da khác	3	4,6
Tổng	65	100

Sẹo lồi xuất hiện tự phát chiếm 36,9%, sau trứng cá chiếm 21,3%.

Bảng 5: Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng	Số BN	TL %
Ngứa (n = 65)	62	95,4
Đau (n = 65)	47	72,3

Triệu chứng ngứa và đau chiếm tỷ lệ 95,4% và 72,3%.

- Yếu tố gia đình: 18,5% BN có tiền sử trong gia đình có người bị sẹo lồi.

- Trung bình trên một BN có 2,6 sẹo, với diện tích sẹo trung bình là 7,04cm².

- Đo độ dày của sẹo bằng máy siêu âm Philips HDII thấy độ dày trung bình của sẹo là 5,50 ± 2,01mm; gấp gần 3 lần độ dày trung bình da bình thường (1,9mm).

IV. BÀN LUẬN

Trong số 65 BN có 89,2% ở độ tuổi lao động từ 16 đến 60 tuổi, trong đó lứa tuổi từ 16-35 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (73,8%). Kết quả nghiên cứu của Đỗ Thiện Dân (2006) cũng cho thấy BN sẹo lồi và sẹo quá phát chủ yếu ở độ tuổi dưới 30 (65,5%) [1]. Một số tác giả cho rằng, chấn thương thường hay gặp ở người trẻ kết hợp với tình trạng da có sức căng lớn ở lứa tuổi này là những yếu tố thuận lợi cho sự xuất hiện và phát triển của sẹo lồi [8]. Tuy nhiên, chúng tôi không gặp trường hợp nào bị sẹo lồi dưới 15 tuổi, lứa tuổi rất hay bị tổn thương da trong hoạt động và sinh hoạt hàng ngày, chứng tỏ sang chấn đơn thuần không phải là yếu tố chủ yếu gây sẹo lồi.

Số BN nữ (61,5%) nhiều hơn nam (38,5%). Nghiên cứu của Đỗ Thiện Dân cho thấy số BN nữ cao hơn 4 lần so với nam (80,7% và 19,3%) [1]. Lý do chủ yếu có thể là phụ nữ thường quan tâm hơn đến thẩm mỹ và đi khám nhiều hơn [6]. Thực tế cho thấy phụ nữ thường mắc sẹo xấu sau mổ đẻ. Phải chăng oestrogen là yếu tố ảnh hưởng đến quá trình lành. Nhưng một số nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt giữa hormon sinh dục nam (androgen) và hormon sinh dục nữ

(oestrogen) đối với hoạt tính của men collagenase và sự nhân lên của các tế bào sợi [3,4,6].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 95,6% BN có triệu chứng ngứa. Nhận xét của chúng tôi cũng tương tự như kết quả của Đỗ Thiện Dân [1]. Ngứa vừa là biểu hiện bệnh, vừa là hậu quả của bệnh. Mật độ các dưỡng bào (mastocyte) tăng cao trong tổ chức sẹo [2, 100]. Các tế bào này khi bị kích thích sẽ giải phóng ra các chất trung gian hóa học như histamin, prostaglandin, serotonin là tác nhân gây ngứa. Hơn nữa, sự xâm lấn dày đặc các tế bào xơ và các sợi collagen gây chèn ép các đầu mút thần kinh cũng là một trong những nguyên nhân gây ngứa [9]. Ngược lại, gãi là tác động cơ học tại chỗ tuy nhẹ nhưng liên tục kích thích tăng sinh tế bào xơ làm cho sẹo phát triển.

Đau tại sẹo cũng là một triệu chứng thường gặp với 72,3% số BN. Triệu chứng này thường ở các sẹo lồi tái phát, kích thước lớn ở vùng ngực, đang trong giai đoạn phát triển mạnh.

Ngứa là nguyên nhân thường gặp nhất khiến BN đến khám, chiếm tỷ lệ 46,2%. 41,5% các trường hợp BN đến khám vì lý do thẩm mỹ, cho rằng vết sẹo không đẹp, khiến BN thiếu tự tin. Hầu hết các trường hợp BN này có sẹo lồi ở các vùng da dễ nhìn thấy như vùng trước ngực, bả vai hay ở chân tay.

Một số nghiên cứu cho thấy mối liên quan giữa các gen HLA-B14, HLA-B21, HLA-BW16, HLA-BW35, HLA-DR5, HLA-DQW3 với sự phát triển của sẹo lồi. Tuy nhiên, chúng tôi thấy chỉ có 18,5% BN tiền sử gia đình có người bị sẹo lồi. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Đỗ Thiện Dân là 16,4% [1].

Xác định được độ dày của sẹo có giá trị để đánh giá mức độ bệnh. Việc đánh giá một cách chính xác độ dày của sẹo là một vấn đề hết sức khó khăn. Trước đây, hầu hết các nhà nghiên cứu đều đánh giá độ dày bằng đo độ nổi cao của sẹo so với bề mặt da xung quanh [1,5]. Phương pháp này đơn giản nhưng không chính xác vì phần lớn bề dày của sẹo nằm trong trung bì.

Để xác định độ dày của sẹo, chúng tôi dùng máy siêu âm Philip HD II với đầu dò tần số cao. Đây là biện pháp có độ tin cậy cao, lần đầu tiên được sử dụng để đo chính xác độ dày của sẹo với độ sai lệch là 0,01mm. Hơn nữa, việc xác định độ dày của sẹo bằng sóng siêu

âm giúp cho việc đánh giá tiến triển của tổn thương cũng như hiệu quả điều trị hết sức khách quan.

Kết quả cho thấy độ dày trung bình của sẹo lồi là 5,5mm, gấp gần 2,9 lần độ dày của da bình thường (1,9mm). Người có sẹo dày thấp nhất là 2,55mm và người có sẹo dày cao nhất là 12mm. Các sẹo ở một số vị trí đặc biệt như ở trước xương ức, bả vai thường dày hơn ở các nơi khác.

Sẹo lồi thường xuất hiện một cách tự phát hay sau một tổn thương da. Trong số BN của chúng tôi, 36,9% BN cho rằng sự xuất hiện sẹo ở nơi da hoàn toàn bình thường. Khi thăm hỏi kỹ thì hầu hết các trường hợp này, trước khi sẹo xuất hiện, BN thường bị một thương tổn da rất nhỏ (viêm nang lông, viêm tuyến bã hay sang chấn,...) mà BN không để ý.

Sẹo lồi xuất hiện sau một bệnh da cũng rất thường gặp, đặc biệt là sau trứng cá, chiếm 23,1%. Hầu hết những BN này mắc thể trứng cá bọc đã điều trị không đúng cách.

Sẹo lồi có thể xuất hiện ở bất kỳ vị trí nào trên cơ thể. Chúng tôi thấy 40% các trường hợp có sẹo lồi ở ngực và vùng trước xương ức 35,4%. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với kết quả của Ketchum [8]. Những vùng da có sức căng da lớn là yếu tố thuận lợi cho sự hình thành và phát triển của sẹo lồi.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, chúng tôi thấy sẹo lồi chủ yếu gặp ở lứa tuổi lao động. Tỷ lệ nam/nữ = 1/1,6. Ngứa là đặc điểm nổi bật và cũng là nguyên nhân chính để BN đến khám và điều trị. Sẹo lồi thường xuất hiện một cách tự phát hay sau một số bệnh da ở vùng da căng, tiến triển liên tục với độ dày trung bình gấp 3 lần độ dày của da bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Thiện Dân:** Nghiên cứu ứng dụng điều trị sẹo lồi, sẹo quá phát bằng phẫu thuật laser CO₂, laser Nd-YAG kết hợp tiêm Triamcinolone Acetonide tại chỗ. *Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y, 2006, tr.7- 8, 20-21, 64-65.*
2. **Abe M., Yokoyama Y., Amano H., Matsushima Y., Kan C., Ishikawa O.:** Effect of activated human mast cells and mast cell-derived mediators on proliferation, type I collagen production and glycosaminoglycans synthesis by human dermal fibroblasts. *Eur J Dermatol, 12(4), Jul-Aug, 2002, pp.340-346.*
3. **Bock O., Mrowietz U.:** Keloids: A fibroproliferative disorder of unknown etiology. *Hautarzt, 53(8), Jul-Aug, 2002, pp.515-523.*

4. Colwell A.S., Phan T.T., Kong W., Longaker M.T., Lorenz P.H.: Hypertrophic scar fibroblasts have increased connective tissue growth factor expression after transforming growth factor-beta stimulation. *Plast Reconstr Surg*, 116(5), Oct, 2005, pp.1387-1390; discussion, pp.1391-1392.
5. Darougheh A., Asilian A., Shariati F.: Intralesional triamcinolone alone or in combination with 5- fluorouracil for the treatment of keloid and hypertrophic scars. *Clinical and Experimental Dermatology*, 34, 2007, pp.219-223.
6. Edward R.N.: Wound Healing, Keloids. *Medicine.com* Last updated: Feb 1, 2006.
7. Kamamoto F., Paggiaro A.O., Rodas A., Herson M.R., Mathor M.B., Ferreira M.C.: A wound contraction experimental model for studying keloids and wound-healing modulators. *Artif Organs*, 27(8), 2003, pp.701-705.
8. Ketchum L.D., et al: Hypertrophic scars and keloids: a collective review. *Plast & Reconstr Surg*, Vol.53, N°2, Feb, 1974, pp.140-153.
9. Lee S.S., Yosipovitch G., Chan Y.H., Goh C.L.: Pruritus, pain, and small nerve fiber function in keloids: a controlled study. *J Am Acad Dermatol*, 51(6), Dec, 2004, pp.1002-1006.
10. Sasaki A., Mueller R.V., Xi G., Sipe R., Buck D., Hollinger J.: Mast cells: an unexpected finding in the modulation of cutaneous wound repair by charged beads. *Plast Reconstr Surg*, 111(4), Apr 1, 2003, pp.1446-1453. 

SỬ DỤNG "CHỈ SỐ GÓC D" ĐỂ TIÊN LƯỢNG KHẢ NĂNG CAN THIỆP PHẦN MỀM TRƯỚC MỔ TRONG PHẪU THUẬT THAY KHỚP GỐI TOÀN BỘ

Trần Trung Dũng*, Viroj Kawinwonggowit**

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định mối liên quan của "chỉ số góc D" và khả năng can thiệp phần mềm trước mổ ở các bệnh nhân thay khớp gối toàn bộ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả thực hiện ở 35 bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa khớp gối với biến dạng vẹo trong và chỉ định phẫu thuật thay khớp gối trong thời gian từ 1/8/2009 đến 25/8/2009. **Kết quả:** Góc hiệu chỉnh biến dạng trung bình của lồi cầu xương đùi: $2,4 \pm 0,7^\circ$. Góc hiệu chỉnh biến dạng trung bình của mâm chày: $10,6 \pm 5,1^\circ$. Giá trị trung bình của biến dạng gối là $19,3 \pm 4,2^\circ$; giá trị trung bình của "chỉ số góc D" là $6,3 \pm 5,8^\circ$. **Kết luận:** "Chỉ số góc D" có ý nghĩa tiên lượng khả năng can thiệp phần mềm trong mổ trong phẫu thuật thay khớp gối toàn bộ.

SUMMARY

Applicating "D angle index" in predicting the ability of soft tissue release before Total Knee Replacement

Objective: determine the relationship between "D angle index" and the ability of soft tissue intervention before total knee replacement (TKR). **Methods:** a prospective cross-sectional study was carried out on 35 patients who suffer from knee osteoarthritis with varus deformity, they were indicated to take an operation with TKR procedure from Aug 1st 2009 to Aug 25th 2009. **Results:** average of corrective condylar deformity angle is: $2,4 \pm 0,7^\circ$. Average of corrective tibial plateau angle is: $10,6 \pm 5,1^\circ$. Average of deformity angle of knee is $19,3 \pm 4,2^\circ$; average of "D angle index" is $6,3 \pm 5,8^\circ$. **Conclusion:** "D angle index" can significantly predict the ability of soft tissue release in TKR.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Biến dạng vẹo trục (malalignment deformity) là biến dạng thường gặp nhất của tổn thương khớp gối do thoái hóa. Sửa chữa biến dạng vẹo trục là một trong những yêu cầu của phẫu thuật, nó đòi hỏi không chỉ đơn thuần là các can thiệp về xương mà đôi khi phải cần can thiệp về phần mềm mới đạt được kết quả tốt. Cân bằng phần mềm là yếu tố

quan trọng và quyết định đến kết quả của phẫu thuật, tuy nhiên can thiệp phần mềm là một bước tương đối khó khăn và phức tạp, đòi hỏi kinh nghiệm nhất định của phẫu thuật viên. Tiên lượng khả năng can thiệp phần mềm trước mổ sẽ giúp cho phẫu thuật viên có kế hoạch phẫu thuật tốt hơn. Để tiên lượng khả năng phải can thiệp phần mềm trước mổ, thông thường phải phối hợp việc thăm khám

* ThS., Bệnh viện Đại học Y Hà Nội; **PGS., Bệnh viện Ramathibodi, Bangkok, Thái Lan