

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP CẮY CHỈ TRONG HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ VIÊM MŨI DỊ ỨNG DẠI DẰNG

Hà Lê Xuân Lộc<sup>1</sup>, Trần Quốc Hùng<sup>1</sup>,  
Phạm Trần Anh<sup>2</sup> và Nguyễn Thị Thanh Tú<sup>2,✉</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả hỗ trợ điều trị của phương pháp cấy chỉ trên bệnh nhân viêm mũi dị ứng dai dẳng. Nghiên cứu can thiệp lâm sàng mở, so sánh trước sau điều trị và so sánh với nhóm chứng. Sáu mươi bệnh nhân được chẩn đoán bệnh viêm mũi dị ứng dai dẳng được chia thành hai nhóm đảm bảo tương đồng về tuổi, giới, mức độ triệu chứng theo thang điểm TNSS. Cả hai nhóm cùng được điều trị phác đồ cơ bản (uống Loratadin 10 mg/1 viên/1 ngày và xịt mũi Fluticasone furoate 2 nhát/1 bên/ ngày, thời gian điều trị 30 ngày); nhóm nghiên cứu được cấy chỉ 2 lần vào ngày đầu tiên điều trị và ngày thứ 15 của đợt điều trị. Sau 30 ngày điều trị có sự cải thiện rõ rệt về các triệu chứng cơ năng và thực thể ở cả 2 nhóm ( $p < 0,05$ ) và mức độ cải thiện của nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm đối chứng ( $p < 0,05$ ).

**Từ khoá:** Viêm mũi dị ứng dai dẳng, cấy chỉ catgut.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi dị ứng (VMDU) là một bệnh lý đường hô hấp trên phổ biến, tỷ lệ mắc bệnh từ 10% đến 30% ở người lớn và trên 40% ở trẻ em trên toàn thế giới.<sup>1</sup> Tại Việt Nam, theo thống kê có tới 12,3% dân số mắc VMDU, tỷ lệ này tăng lên 34,5% ở trẻ từ 5 đến 11 tuổi và tăng tới 48,5% đối với những bệnh nhân bị hen phế quản.<sup>2</sup> Trong đó, VMDU dai dẳng là tình trạng các triệu chứng viêm mũi xảy ra thường xuyên hơn 4 ngày liên tiếp/tuần và kéo dài ít nhất 4 tuần liên tiếp.<sup>3</sup> Theo ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) 2016, VMDU dai dẳng chiếm 65,8% và 80,3% số bệnh nhân VMDU ở mức độ trung bình đến nặng và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh.<sup>4,5</sup> Bên cạnh đó, VMDU còn tác động đáng kể đến kinh tế, ước tính tổng chi phí hàng năm cho điều trị

bệnh này ở Thụy Điển là 1,3 tỷ euro và 20,9 tỷ đô la ở Hoa Kỳ.<sup>5</sup>

Bệnh VMDU có cơ chế bệnh sinh phức tạp, đòi hỏi nhiều biện pháp can thiệp khác nhau tùy vào giai đoạn và diễn biến của bệnh, bao gồm loại bỏ nguyên nhân gây dị ứng, kháng Histamin, Corticoids, giải mẫn cảm...<sup>6,7</sup> Trong Y học cổ truyền (YHCT), VMDU được mô tả trong phạm vi chứng Ty uyên và được chia làm nhiều thể lâm sàng. Điều trị có thể áp dụng các biện pháp như: châm cứu, thủy châm, cấy chỉ, thuốc đông y, xoa bóp bấm huyệt...<sup>8</sup> Trong đó, phương pháp cấy chỉ là một phương pháp điều trị không dùng thuốc của YHCT được xây dựng thành quy trình kỹ thuật trong điều trị VMDU cũng như được khẳng định tác dụng của phương pháp này qua các nghiên cứu.<sup>9,10</sup> Tại Bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội, việc phối hợp giữa thuốc y học hiện đại và phương pháp cấy chỉ trong điều trị bệnh VMDU dai dẳng bước đầu cho thấy kết quả khả quan. Nhằm khẳng định hiệu quả của phương pháp này và cũng để cung cấp thêm một sự lựa

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Thanh Tú

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: thanhtu@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 01/11/2024

Ngày được chấp nhận: 11/11/2024

chọn cho các thầy thuốc lâm sàng trong điều trị VMDU dai dẳng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả hỗ trợ điều trị của phương pháp cấy chỉ trên bệnh nhân viêm mũi dị ứng dai dẳng.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

#### **Chất liệu nghiên cứu**

**Công thức huyết:** Theo quy trình số 21 trong Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành YHCT của Bộ y tế ban hành năm 2020 (Quyết định số: 5480/QĐ-BYT): Nghinh hương, Thượng Nghinh hương, Hợp cốc, Khúc tri, Phong tri, Túc tam lý, Phế du, Cao hoàng du, Huyết hải. Huyết vị được lấy ở cả 2 bên cơ thể.<sup>9</sup>

**Chỉ Catgut:** Chỉ phẫu thuật tự tiêu Chromic Catgut 4.0: TRUSTIGUT, sản xuất tại Việt Nam.

**Thuốc kháng histamin H1:** Hoạt chất, hàm lượng: loratadin 10mg; dạng viên nén, đóng gói 10 viên/ vỉ; số đăng ký VN - 16747-13; nhà sản xuất: Egis Pharmaceuticals PLC, Hungary.

**Thuốc xịt corticoid tại chỗ:** Hoạt chất, hàm lượng: Fluticasone furoate; dạng lọ xịt 120 liều; số đăng ký VN – 21418 -18; nhà sản xuất: Glaxo Operations UK Limited, Anh.

#### **Đối tượng nghiên cứu**

60 bệnh nhân được điều trị ngoại trú tại Phòng khám Tai mũi họng - Khoa Ngū quan - Bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội từ tháng 2/2024 đến tháng 11/2024.

#### **Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân**

Bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi, không phân biệt giới, nghề nghiệp, tự nguyện tham gia nghiên cứu; được chẩn đoán mắc viêm mũi dị ứng dai dẳng theo hướng dẫn Bộ Y tế (2014) và ARA 2016: Cơ năng có 4 triệu chứng: Ngứa mũi, hắt hơi từng tràng, chảy nước mũi, ngạt tắc mũi; các triệu chứng này xuất hiện trên 4 ngày/ tuần và kéo dài trên 4 tuần liên tiếp. Nội soi tai mũi

họng: Niêm mạc mũi phù nề, nhợt nhạt, cuốn mũi nề, xung huyết, có nhiều dịch tiết trong nhày.<sup>3,6,11</sup> Bệnh nhân thuộc thể phong hàn theo y học cổ truyền (chảy nước mũi trong loãng, hắt hơi, gặp lạnh hoặc gặp gió triệu chứng nặng lên, lưỡi hồng nhợt, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch phù hoãn).<sup>8</sup>

#### **Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân**

Dị ứng với chỉ catgut hoặc bất kỳ thành phần nào của thuốc dùng trong nghiên cứu; Phụ nữ có thai, cho con bú, hoặc người bệnh có kế hoạch mang thai trong vòng 2 tháng tới; người bệnh đang điều trị bằng thuốc ức chế miễn dịch; hoặc mắc các bệnh Hen phế quản, Ban xuất huyết dị ứng. VMDU có dị hình vách ngăn có chỉ định phẫu thuật, polype mũi, viêm mũi xoang cấp; Viêm da tại các vị trí huyết cấy chỉ; Người bệnh không tuân thủ quy trình điều trị, sử dụng phương pháp điều trị khác trong thời gian nghiên cứu hoặc bỏ điều trị  $\geq 3$  ngày. Loại trừ các bệnh nhân có tiền sử sử dụng các thuốc điều trị VMDU trong vòng 1 tuần tính đến thời điểm bắt đầu tham gia nghiên cứu.

### 2. Phương pháp

#### **Thiết kế nghiên cứu**

Phương pháp can thiệp lâm sàng mở, so sánh trước và sau điều trị, so sánh với nhóm chứng.

#### **Cỡ mẫu**

Chọn mẫu thuận tiện, 60 bệnh nhân VMDU đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

#### **Quy trình nghiên cứu**

Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được chia làm 2 nhóm, ghép cặp tương đồng về tuổi, giới, thời gian mắc bệnh và tổng điểm TNSS (Total nasal symptoms score).<sup>12</sup>

+ Nhóm nghiên cứu (NC): Điều trị phác đồ cơ bản kết hợp cấy chỉ tại các thời điểm ngày đầu tiên can thiệp và ngày thứ 15.

+ Nhóm đối chứng (ĐC): Được điều trị bằng phác đồ điều trị cơ bản.

**Phác đồ điều trị cơ bản**

Theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế và phác đồ hiện đang điều trị viêm mũi dị ứng tại Bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội: Kháng Histamine H1 thế hệ 2 đường uống: Loratadin 10mg, ngày uống 1 viên lúc 9 giờ tối x 30 ngày; Thuốc dùng tại chỗ: Fluticasone furoate, xịt mũi 2 nhát/ 1 bên/ ngày (sáng) x 30 ngày.

**Chỉ tiêu theo dõi**

- Triệu chứng cơ năng: ngứa mũi, chảy nước

mũi, hắt hơi, ngứa mũi.

- Triệu chứng thực thể: tình trạng niêm mạc mũi, tình trạng cuốn mũi dưới.

- Các triệu chứng trên được đánh giá vào ngày đầu tiên điều trị (D1 - trước khi áp dụng các phương pháp can thiệp); tại ngày thứ 15 của quá trình điều trị (D15) và sau 30 ngày điều trị (D30).

**Phương pháp đánh giá kết quả**

- Đánh giá mức độ triệu chứng theo thang phân loại quốc tế theo TNSS.<sup>12,13</sup>

**Bảng 1. Phân loại mức độ triệu chứng cơ năng/ thực thể của VMDU' theo TNSS**

Triệu chứng/ Mức độ (điểm)	Không (0 điểm)	Nhẹ (1 điểm)	Trung bình (2 điểm)	Nặng (3 điểm)
<b>Triệu chứng cơ năng</b>				
<b>Ngứa mũi</b>	Không biểu hiện	Ít, đôi khi	Vừa, không thường xuyên	Nhiều, liên tục
<b>Hắt hơi</b>	Không biểu hiện	Ít khi	Thỉnh thoảng	Liên tục thành tràng
<b>Chảy mũi</b>	Không biểu hiện	Ít khi	Thỉnh thoảng	Liên tục, thành dòng
<b>Ngạt mũi</b>	Không biểu hiện	Hiếm	Thỉnh thoảng	Liên tục, gần như hàng ngày
<b>Triệu chứng thực thể</b>				
<b>Tình trạng niêm mạc mũi</b>	Bình thường	Phù nề nhẹ	Nhọt, phù nề vừa (+)	Nhọt, phù nề nhiều (++)
<b>Tình trạng cuốn dưới</b>	Bình thường	Quá phát, đáp ứng tốt với thuốc co mạch	Quá phát (+), còn đáp ứng thuốc co mạch	Quá phát (++) , không/ ít, đáp ứng thuốc co mạch

- Đánh giá mức giảm triệu chứng sau điều trị: không giảm, giảm 1 bậc, giảm  $\geq 2$  bậc.

- Đánh giá mức độ khó chịu chung theo thang điểm VAS (Visual analogue scale): Bệnh nhân tự chấm điểm theo các triệu chứng (ngạt mũi, chảy mũi, ngứa mũi, hắt hơi) tại thời điểm đánh giá theo mức điểm từ 0 đến 10 với mức quy đổi: 0 điểm (Hoàn toàn không có khó chịu gì); 1 - 3 điểm (Khó chịu nhẹ); 4 - 6 điểm (Khó chịu); 7 - 9

điểm (Rất khó chịu); 10 điểm (Cực kỳ Khó chịu).<sup>13</sup>

**Phương pháp xử lý số liệu**

Số liệu được phân tích, xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Khống chế sai số: người bệnh được cung cấp số điện thoại của nghiên cứu viên. Trong quá trình điều trị, nếu tình trạng bệnh nặng lên

hoặc có bất kỳ biểu hiện bất thường nào đều có thể liên lạc với nghiên cứu viên để tư vấn, tránh người bệnh tự ý dùng thuốc khác trong quá trình nghiên cứu. Nghiên cứu viên gọi điện 1 tuần/1 lần để nhắc nhở việc tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân.

### 3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện sau khi được thông qua Hội đồng khoa học của Trường Đại học Y Hà Nội và Hội đồng khoa học phê duyệt đề tài cấp cơ sở của Bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội. Đối tượng nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện, các số liệu được thu thập trung thực, thông tin nghiên cứu được bảo mật. Trong quá trình điều trị, nếu xảy ra các tác dụng không mong muốn hoặc các biến cố bất lợi, bệnh

nhân sẽ được xử lý kịp thời với các biện pháp chuyên môn phù hợp theo đúng quy định của bệnh Bộ Y tế và của Bệnh viện.

### III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu tiến hành trên 60 bệnh nhân với tuổi trung bình của nhóm NC là  $36,77 \pm 13,36$  (tuổi), nhóm ĐC là  $37,73 \pm 16,56$  (tuổi), nhóm tuổi 31 - 40 chiếm tỉ lệ cao nhất, lần lượt ở nhóm NC và nhóm ĐC là 40,00% và 36,67%; tỷ lệ mắc bệnh gặp ở nữ giới chiếm đa số ở cả 2 nhóm (nhóm NC là 60,00% và nhóm ĐC là 66,67%); khoảng 70% bệnh nhân hai nhóm có thời gian mắc bệnh trên 5 năm. Sự khác biệt về phân bố tuổi, giới và thời gian mắc bệnh giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 2. Sự cải thiện triệu chứng cơ năng của hai nhóm**

Mức độ	Nhóm NC (1) (n = 30)			Nhóm ĐC (2) (n = 30)			$P_{(1-2)}$ D1	$P_{(1-2)}$ D15	$P_{(1-2)}$ D30
	D1 (n, %)	D15 (n, %)	D30 (n, %)	D1 (n, %)	D15 (n, %)	D30 (n, %)			
<b>Ngứa mũi</b>									
Không	0	11 (36,67)	24 (80,00)	1 (3,33)	8 (26,67)	17 (56,67)			
Nhẹ	7 (23,33)	13 (43,33)	6 (20,00)	9 (30,00)	15 (50,0)	13 (43,33)	> 0,05	> 0,05	< 0,05
Trung bình	16 (53,33)	6 (20,00)	0	15 (50,00)	7 (23,33)	0			
Nặng	7 (23,33)	0	0	5 (16,67)	8 (26,67)	0			
$P_{D1-D15}$	< 0,05			< 0,05					
$P_{D1-D30}$	< 0,01			< 0,01					

Mức độ	Nhóm NC (1) (n = 30)			Nhóm ĐC (2) (n = 30)			$P_{(1-2)}$ D1	$P_{(1-2)}$ D15	$P_{(1-2)}$ D30
	D1 (n, %)	D15 (n, %)	D30 (n, %)	D1 (n, %)	D15 (n, %)	D30 (n, %)			
<b>Hắt hơi</b>									
Không	0	9 (30,00)	21 (70,00)	0 (6,67)	6 (20,00)	13 (43,33)			
Nhẹ	8 (26,67)	15 (50,00)	9 (30,00)	9 (30,00)	16 (53,33)	17 (56,67)	> 0,05	> 0,05	< 0,05
Trung bình	14 (46,67)	6 (20,00)	0	15 (50,00)	8 (26,67)	0			
Nặng	8 (26,67)	0	0	6 (20,0)	0	0			
$P_{D1-D15}$	< 0,05			< 0,05					
$P_{D1-D30}$	< 0,01			< 0,01					
<b>Chảy mũi</b>									
Không	0	8 (26,67)	19 (66,67)	0	3 (10,00)	11 (33,33)			
Nhẹ	3 (10,0)	17 (56,67)	11 (33,33)	2 (6,67)	18 (60,00)	19 (66,67)	> 0,05	> 0,05	< 0,05
Trung bình	24 (80,0)	5 (16,67)	0	24 (80,0)	9 (30,00)	0			
Nặng	3 (10,0)	0	0	4 (13,33)	0	0			
$P_{D1-D15}$	< 0,05			< 0,05					
$P_{D1-D30}$	< 0,01			< 0,01					
<b>Ngạt mũi</b>									
Không	0	6 (20,00)	17 (56,67)	0	3 (10,00)	9 (30,0)			
Nhẹ	2 (6,67)	16 (53,33)	12 (36,67)	5 (16,67)	17 (56,67)	20 (66,67)	> 0,05	> 0,05	< 0,05
Trung bình	20 (66,67)	8 (26,67)	1 (3,33)	18 (60,0)	10 (33,33)	1 (3,33)			
Nặng	8 (26,67)	0	0	7 (23,33)	0	0			
$P_{D1-D15}$	< 0,05			< 0,05					
$P_{D1-D30}$	< 0,01			< 0,01					

Trước điều trị sự khác biệt về triệu chứng cơ năng giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Sau 15 ngày và sau 30 ngày điều trị, triệu chứng cơ năng của nhóm NC và nhóm ĐC đều cải thiện có ý nghĩa thống kê so với trước nghiên cứu với  $p < 0,05$  và  $p < 0,01$ .

Tỷ lệ của các triệu chứng ngứa mũi, hắt hơi, chảy nước mũi, ngạt mũi của nhóm NC khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với nhóm ĐC sau 15 ngày điều trị ( $p > 0,05$ ). Tuy nhiên, sau 30 ngày điều trị các triệu chứng này ở nhóm NC cải thiện tốt hơn nhóm ĐC với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3. Sự cải thiện về triệu chứng thực thể của hai nhóm**

Mức độ	Nhóm NC (1) (n = 30)			Nhóm ĐC (2) (n = 30)			$p_{(1-2)}$	D1	$p_{(1-2)}$	D15	$p_{(1-2)}$	D30
	D1 (n, %)	D15 (n, %)	D30 (n, %)	D1 (n, %)	D15 (n, %)	D30 (n, %)						
<b>Niêm mạc mũi</b>												
Không	0	9 (30,00)	16 (53,33)	0	7 (23,33)	10 (33,33)						
Nhẹ	7 (23,33)	9 (30,00)	13 (43,33)	8 (26,67)	9 (30,00)	18 (60,0)	> 0,05		> 0,05			< 0,05
Trung bình	20 (66,67)	12 (40,00)	1 (3,33)	18 (60,0)	14 (46,67)	2 (6,67)						
Nặng	3 (10,0)	0	0	4 (13,33)	0	0						
$p_{D1-D15}$	< 0,05			< 0,05								
$p_{D1-D30}$	< 0,01			< 0,01								
<b>Cuốn dưới mũi</b>												
Không	2 (6,67)	6 (20,00)	12 (40,0)	2 (6,67)	4 (13,33)	6 (20,0)						
Nhẹ	9 (30,0)	17 (56,67)	16 (53,33)	12 (40,0)	16 (53,33)	19 (63,33)	> 0,05		> 0,05			< 0,05
Trung bình	19 (63,33)	7 (23,33)	2 (6,67)	16 (53,33)	10 (33,33)	5 (16,67)						
$p_{D1-D15}$	< 0,05		0	< 0,05					0			
$p_{D1-D30}$	< 0,01			< 0,01								

Trước điều trị sự khác biệt về triệu chứng thực thể giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Sau 15 ngày và sau 30 ngày điều trị, triệu chứng thực thể của nhóm NC và nhóm ĐC đều cải thiện có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị với  $p < 0,05$  và  $p < 0,01$ . Tình

trạng niêm mạc mũi và cuốn mũi dưới của nhóm NC khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với nhóm ĐC sau 15 ngày điều trị với  $p > 0,05$ . Tuy nhiên, sau 30 ngày điều trị, các triệu chứng này của nhóm NC cải thiện tốt hơn nhóm ĐC với  $p < 0,05$ .

**Bảng 4. Sự thay đổi về mức độ giảm triệu chứng sau 30 ngày điều trị**

Triệu chứng	Mức cải thiện	Nhóm NC (1) (n = 30)		Nhóm ĐC (2) (n = 30)		p <sub>1-2</sub>
		n	%	n	%	
Ngứa mũi	Giảm ≥ 2 bậc	23	76,67	13	43,33	< 0,05
	Giảm 1 bậc	7	23,33	17	56,67	
	Không giảm	0	0	0	0	
Hắt hơi	Giảm ≥ 2 bậc	21	70,00	10	33,33	< 0,05
	Giảm 1 bậc	9	30,00	20	66,67	
	Không giảm	0	0	0	0	
Chảy mũi	Giảm ≥ 2 bậc	19	63,33	13	43,33	< 0,05
	Giảm 1 bậc	11	36,67	17	56,67	
	Không giảm	0	0	0	0	
Ngạt mũi	Giảm ≥ 2 bậc	22	73,33	10	33,33	< 0,05
	Giảm 1 bậc	8	26,67	20	66,67	
	Không giảm	0	0	0	0	
Niêm mạc mũi	Giảm ≥ 2 bậc	12	40,00	7	23,33	< 0,05
	Giảm 1 bậc	18	60,00	23	76,67	
	Không giảm	0	0	0	0	
Cuốn mũi dưới	Giảm ≥ 2 bậc	12	40,00	6	20,00	< 0,05
	Giảm 1 bậc	16	53,33	11	36,67	
	Không giảm	2	6,67	13	43,33	

Tỷ lệ bệnh nhân có mức độ triệu chứng cơ năng và thực thể giảm ≥ 2 bậc ở nhóm NC tốt hơn nhóm ĐC.

**Bảng 5. Sự thay đổi mức độ khó chịu của bệnh nhân theo thang điểm VAS**

Mức độ	Nhóm NC (1) (n = 30)		Nhóm ĐC (2) (n = 30)		p <sub>(1-2)</sub> D1	p <sub>(1-2)</sub> D30
	D1 (n, %)	D30 (n, %)	D1 (n, %)	D30 (n, %)		
Không khó chịu	0	10 (33,33)	0	4 (13,33)		
Khó chịu nhẹ	9 (30,00)	20 (66,67)	10 (33,33)	23 (76,67)	> 0,05	< 0,05
Khó chịu	21 (70,00)	0	20 (66,67)	3 (10,00)		
	p <sub>D1-D30</sub> < 0,05		p <sub>D1-D30</sub> < 0,05			
<b>Điểm VAS trung bình (<math>\bar{x} \pm SD</math>)</b>	4,03 ± 1,09	1,13 ± 0,83	3,90 ± 1,03	1,70 ± 1,14	> 0,05	< 0,05



Trước điều trị mức độ khó chịu của bệnh nhân đánh giá theo thang điểm VAS giữa nhóm NC và nhóm ĐC khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Sau 30 ngày điều trị, mức độ khó chịu của cả hai nhóm đều giảm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Chỉ số mức độ khó chịu trung bình của bệnh nhân nhóm NC giảm rõ rệt hơn nhóm ĐC với  $p < 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả Bảng 2 và Bảng 3 cho thấy, sau 15 ngày và sau 30 điều trị, các triệu chứng cơ năng và thực thể của 2 nhóm cải thiện có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị với  $p < 0,05$  và  $p < 0,01$ . So sánh giữa 2 nhóm sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê tại D15 ( $p > 0,05$ ) và khác biệt có ý nghĩa thống kê tại D30 ( $p < 0,05$ ). Kết quả có được do cả hai nhóm đều sử dụng thuốc nền y học hiện đại là kháng Histamin  $H_1$  thế hệ 2 và Corticoid dạng xịt. Đây là 2 loại thuốc được chỉ định đầu tay trong khuyến cáo điều trị VMDU' dai dẳng.<sup>12</sup> Liệu pháp kết hợp kháng histamin  $H_1$  dạng uống và Corticoid dạng xịt có thể cải thiện tổng thể triệu chứng của VMDU' và chất lượng cuộc sống và phát huy hiệu quả nhanh hơn so với chỉ dùng Corticoid dạng xịt đơn thuần.<sup>14</sup> Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm NC cải thiện các triệu chứng cơ năng và thực thể tốt hơn so với nhóm ĐC. Kết quả của nhóm NC có mức giảm triệu chứng tốt hơn nhóm ĐC có thể do cơ chế tác dụng của phương pháp cấy chỉ. Cấy chỉ là phương pháp cải tiến của phương pháp châm cứu bằng cách đưa chỉ tự tiêu vào huyết, có cơ chế tác dụng tương tự như châm cứu nhưng có tác dụng duy trì sự kích thích lâu dài hơn nhờ kích thích liên tục các huyết đạo, giúp lưu thông khí huyết, tăng cường tuần hoàn và cải thiện chức năng hệ miễn dịch theo YHCT. Nhiều nghiên cứu thực nghiệm đã chứng minh phương pháp châm cứu có khả năng ức chế sự truyền tín hiệu miễn dịch và sản sinh IgE, ức chế sự giải

phóng các chất trung gian quan trọng liên quan đến sự phát triển của các yếu tố gây viêm như IL-1 $\beta$  và TNF- $\alpha$ , điều chỉnh sự cân bằng  $T_{H1}/T_{H2}$  và do đó làm giảm phản ứng viêm tại chỗ và tổn thương niêm mạc mũi.<sup>15</sup> Nghiên cứu của nhóm tác giả Dong Bo-yang (2024) trên bệnh nhân VMDU' dai dẳng cũng khẳng định vai trò của phương pháp châm cứu. Nhóm được điều trị bằng châm cứu có kết quả cải thiện triệu chứng tốt hơn nhóm chỉ dùng thuốc corticoid dạng xịt và nhóm dùng kết hợp giữa châm cứu và xịt mũi corticoid có kết quả vượt trội hơn hai nhóm trên ( $p < 0,05$ ).<sup>16</sup>

Trong nghiên cứu của chúng tôi, việc cấy chỉ vào các huyết Nghinh hương, Thượng Nghinh hương, Hợp cốc, Khúc trì, Phong trì, Túc tam lý, Phế du, Cao hoàng du, Huyết hải giúp cải thiện các triệu chứng tại mũi. Theo YHCT, mũi là cửa ngõ, nơi khí ra vào cơ thể, là nơi để ngủi, tham gia vào việc phát âm. Mũi thông qua kinh lạc có mối quan hệ với ngũ tạng, trong đó chặt chẽ nhất là phế. Phế chủ khí, khai khiếu ra mũi, nên bệnh của mũi cũng liên quan đến Phế.<sup>8</sup> Kinh phế có quan hệ biểu lý với kinh Dương minh Đại trường, kinh Dương minh là kinh đa khí đa huyết, ba huyết được lựa chọn trong kinh này là Nghinh hương, Khúc trì, Hợp cốc. Huyết Khúc trì là huyết hợp của kinh Thủ Dương minh Đại trường, có khả năng đi ra biểu vào lý, đặc tính chỉ có đi nhưng không gìn giữ, dùng để dẫn tà khí xuất ra bên ngoài. Huyết Hợp cốc là huyết nguyên của kinh Thủ Dương minh Đại trường, huyết tổng vùng đầu mặt, điều trị các bệnh lý vùng đầu mặt cổ. Huyết Nghinh hương, Thượng Nghinh hương là huyết tại chỗ, khi kích thích huyết sẽ tạo các phản ứng tại chỗ giúp lưu thông huyết mạch. Túc tam lý là huyết hợp của kinh Túc Dương minh Vị. Khi tỳ vị hư, chức năng thăng thanh giáng trọc bị rối loạn, thấp trọc ứ đọng tại mũi làm tắc trở kinh lạc, khí huyết vận hành không thông gây tắc mũi. Túc tam lý có tác dụng kiện tỳ vị trừ thấp. Huyết



Huyết hải là huyết thuộc kinh tỳ, có vai trò điều phối và thúc đẩy hoạt động của tỳ, kiểm soát lưu thông huyết. Huyết Phong tri có tác dụng khu phong, giải biểu, sơ tà khí được dùng để trừ phong hàn xâm nhập vào cơ thể. Huyết Phế du là huyết Bối du của kinh phế, có tác dụng đưa kinh khí vào tạng phế giúp điều phế, lý khí. Huyết Cao hoang thuộc kinh Bàng quang có tác dụng nâng cao chính khí, phòng bệnh.<sup>17</sup>

Kết quả nghiên cứu đã khẳng định phương pháp cấy chỉ catgut vào huyết kết hợp với phác đồ điều trị của YHHĐ mang lại hiệu quả cải thiện rõ rệt hơn so với chỉ sử dụng phác đồ YHHĐ đơn thuần trong điều trị VMDU<sup>đ</sup> dai dẳng. Đặc biệt, kết quả này được thể hiện rõ rệt sau 30 ngày điều trị (tương ứng với 2 lần cấy chỉ). Như vậy, có thể sử dụng phương pháp cấy chỉ trong hỗ trợ điều trị bệnh VMDU<sup>đ</sup> dai dẳng và nên sử dụng ít nhất 2 lần cấy chỉ để điều trị bệnh lý này. Điều này cũng phù hợp với hướng dẫn điều trị Tuyên bố đồng thuận Quốc tế về Viêm mũi dị ứng năm 2023 là sử dụng phương pháp châm cứu để điều trị VMDU<sup>đ</sup>.<sup>12</sup> Tuy nhiên, cần có những nghiên cứu tiếp theo với số lần cấy chỉ nhiều hơn để có thể đánh giá thêm về hiệu quả của phương pháp cấy chỉ cũng như để có thể khuyến cáo được số lần tối đa áp dụng phương pháp cấy chỉ trong điều trị bệnh lý VMDU<sup>đ</sup> dai dẳng.

## V. KẾT LUẬN

Qua điều trị 60 bệnh nhân VMDU<sup>đ</sup> dai dẳng, chia làm 2 nhóm, cả hai nhóm cùng được điều trị phác đồ cơ bản bằng thuốc y học hiện đại (uống Loratadin 10 mg/1 viên/1 ngày và xịt mũi Fluticasone furoate 2 nhát/ 1 bên/ ngày, thời gian điều trị 30 ngày); nhóm NC được cấy chỉ 2 lần vào ngày đầu tiên điều trị và ngày thứ 15 của đợt điều trị. Sau 30 ngày điều trị có sự cải thiện rõ rệt về các triệu chứng cơ năng và thực thể ở cả 2 nhóm với  $p < 0,05$ . Trong đó, nhóm NC cải thiện tốt hơn so với nhóm ĐC với  $p < 0,05$ .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alnahas S, Abouammoh N, Althagafi W, Abd-Ellatif EE. Prevalence, severity, and risk factors of allergic rhinitis among schoolchildren in Saudi Arabia: A national cross-sectional study, 2019. *World Allergy Organization Journal*. 2023; 16(10). doi:10.1016/j.waojou.2023.100824.
2. Prevalence and etiology of allergic rhinitis in the conditions of North Vietnam the countries of South-East Asia. Accessed October 31, 2024. [https://www.researchgate.net/publication/334034605\\_Prevalence\\_and\\_etiology\\_of\\_allergic\\_rhinitis\\_in\\_the\\_conditions\\_of\\_North\\_Vietnam\\_the\\_countries\\_of\\_South-East\\_Asia](https://www.researchgate.net/publication/334034605_Prevalence_and_etiology_of_allergic_rhinitis_in_the_conditions_of_North_Vietnam_the_countries_of_South-East_Asia).
3. Mullol J, Bachert C, Bousquet J. Management of persistent allergic rhinitis: evidence-based treatment with levocetirizine. *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 2005; 1(4): 265.
4. Brozek JL, Bousquet J, Agache I, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines-2016 revision. *J Allergy Clin Immunol*. 2017; 140(4): 950-958. doi:10.1016/j.jaci.2017.03.050.
5. Sara KB, Rupa V, Jeyaseelan L. Changes in olfaction & quality of life following standard medical therapy in patients with intermittent & persistent allergic rhinitis. *Indian J Med Res*. 2022; 155(3 & 4): 373-379. doi:10.4103/ijmr.IJMR\_1517\_19.
6. Bộ môn Dị ứng - Miễn dịch lâm sàng Trường Đại học Y Hà Nội. *Viêm mũi dị ứng*. Nhà xuất bản Y học; 2022.
7. Wise SK, Damask C, Roland LT, et al. International consensus statement on allergy and rhinology: Allergic rhinitis - 2023. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2023; 13(4):293-859. doi:10.1002/alr.23090.
8. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y

Hà Nội. *Bệnh học ngũ quan Y học cổ truyền*. Nhà xuất bản y học; 2017.

9. Bộ Y Tế. *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành y học cổ truyền của Bộ Y tế Ban hành năm 2020 (Quyết Định Số: 5480/QĐ-BYT)*. Nhà xuất bản Y học; 2020.

10. Tang M, Wang J, Zhang Q. Clinical efficacy of acupoint catgut embedding in the treatment of allergic rhinitis: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Otolaryngology*. 2024; 45(2): 104135. doi:10.1016/j.amjoto.2023.104135.

11. Bộ Y tế. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về Dị ứng - Miễn dịch lâm sàng*; 2014.

12. Wise SK, Damask C, Roland LT, et al. International consensus statement on allergy and rhinology: Allergic rhinitis – 2023. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2023; 13(4): 293-859. doi:10.1002/alr.23090.

13. Wang N, Ma Q, Zhai J, et al. Hydrogen inhalation: A novel approach to alleviating allergic rhinitis symptoms by modulating

nasal flora. *World Allergy Organization Journal*. 2024; 17(10): 100970. doi:10.1016/j.waojou.2024.100970.

14. KAAACI Allergic Rhinitis Guidelines: Part 1. Update in Pharmacotherapy - PubMed. Accessed October 31, 2024. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36693355/>.

15. Li Y, Xiong J, Zhang Z, et al. The efficacy and potential mechanism of the acupuncture treatment for allergic rhinitis: A systematic review and meta-analysis of data from animal models. *Heliyon*. 2024; 10(19): e38413. doi:10.1016/j.heliyon.2024.e38413.

16. Dong BY, Li BQ, Li Y. [Clinical efficacy of intranasal acupuncture combined with Tiaoshen acupuncture in the treatment of moderate-to-severe persistent allergic rhinitis]. *Zhen Ci Yan Jiu*. 2024; 49(9): 964-971. doi:10.13702/j.1000-0607.20230959.

17. Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt. *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*. Tái bản lần thứ 2 có sửa chữa bổ sung. Nhà xuất bản Y học; 2017.

## Summary

### EVALUATION OF THE EFFICACY OF CATGUT EMBEDDING THERAPY IN SUPPORTING THE TREATMENT OF PERSISTENT ALLERGIC RHINITIS

The study was conducted to evaluate the effectiveness of catgut embedding therapy in the patients of persistent allergic rhinitis. This study was designed as a controlled interventional clinical trial, comparing before and after treatment. Sixty patients diagnosed with persistent allergic rhinitis were divided into 2 groups, according to the method of homogenous pairing of age, gender and symptom severity based on the Total nasal symptoms score. Both groups received a standard treatment (Loratadine 10 mg orally once daily and Fluticasone furoate nasal spray, 2 sprays per nostril per day, for a 30-day treatment period). The study group also was treated by catgut embedding therapy twice, on the first and fifteenth days of the treatment. After 30 days, both groups demonstrated significant improvement of the clinical symptoms ( $p < 0.05$ ) and the study group achieved greater improvement than the control group ( $p < 0.05$ ).

**Keywords:** Persistent allergic rhinitis, Catgut embedding therapy.