

HIỆU QUẢ CỦA TIÊM TRIAMCINOLONE ACETONID TRONG SẼO VÀ NẸP ÁP LỰC TRONG DỰ PHÒNG SẼO LỖI TAI SAU PHẪU THUẬT

Nguyễn Đình Quân¹, Nguyễn Cảnh Tùng¹, Vũ Nguyên Bình¹

Vũ Đình Tâm¹, Nguyễn Hồng Sơn¹ và Lê Thanh Hiền^{1,2,✉}

¹Bệnh viện Da liễu Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu can thiệp so sánh trước sau có đối chứng trên 50 sẹo lồi tai ở 41 bệnh nhân với mục đích so sánh hiệu quả dự phòng sẹo lồi tai sau phẫu thuật bằng tiêm Triamcinolon acetonid (TAC) trong sẹo (gồm 26 sẹo) – nhóm 1 với phương pháp nẹp áp lực (gồm 24 sẹo) – nhóm 2. Kết quả điều trị được đánh giá theo thang điểm Kyoto Scar Scale (KSS) với 4 mức độ “Rất tốt”, “Tốt”, “Trung bình” và “Kém” tại các thời điểm sau 3 tháng và 6 tháng, trong đó “Kém” là sẹo tái phát. Kết quả cho thấy tỉ lệ sẹo tái phát ở nhóm 1 là 19,2%, thấp hơn nhóm 2 là 66,7% ($p < 0,01$); giảm điểm KSS ở nhóm 1 là 3,0 [3,0 – 4,0] điểm, cao hơn nhóm 2 là 0,5 [-1,0 – 4,0] điểm ($p < 0,01$). Như vậy, tiêm TAC trong tổn thương có tác dụng dự phòng tái phát sẹo lồi tai sau phẫu thuật tốt hơn nẹp áp lực. Sẹo lồi tai tái phát sau phẫu thuật có thể liên quan tới vị trí sẹo và không liên quan tới các yếu tố tuổi, tuổi sẹo và diện tích sẹo.

Từ khoá: Nẹp áp lực, phẫu thuật sẹo, sẹo lồi tai, tiêm triamcinolone trong sẹo.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sẹo lồi tai nói riêng và bệnh sẹo lồi nói chung là bệnh lý khá phổ biến có nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh rất đa dạng và phức tạp, do đó bệnh thường khó kiểm soát và có tỉ lệ tái phát bệnh cao. Sẹo lồi tai là một trong những vị trí thường gặp trong bệnh sẹo lồi, bệnh không gây nguy hiểm tới tính mạng nhưng gây ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của người bệnh như gây đau, ngứa và đặc biệt gây mất thẩm mỹ. Hiện nay, có nhiều phương pháp khác nhau để điều trị sẹo lồi tai, nhưng để đạt được hiệu quả thẩm mỹ tối đa thì phẫu thuật là phương pháp được ưu tiên lựa chọn. Tuy nhiên, 80% - 100% các trường hợp bệnh sẹo lồi tai sau khi phẫu thuật sẽ tái phát, do đó, cần có các biện pháp

để dự phòng.¹ Các biện pháp dự phòng tái phát sau phẫu thuật sẹo lồi tai bao gồm các biện pháp thực hiện trước, trong và sau phẫu thuật. Sau phẫu thuật, ngoài việc cần tránh tối đa các biến chứng như chàm liên, nhiễm trùng thì việc áp dụng các biện pháp dự phòng tái phát sẹo lồi tai sau mổ như phương pháp tiêm TAC trong tổn thương hay dùng nẹp áp lực là cần thiết. Trong đó, phương pháp tiêm TAC trong tổn thương là phương pháp được áp dụng phổ biến hơn với ưu điểm là dễ thực hiện, dễ theo dõi, rẻ tiền và hiệu quả cao với tỉ lệ sẹo lồi tái phát sau phẫu thuật là 15,4%.² Phương pháp sử dụng nẹp áp lực phù hợp hơn với các trường hợp sẹo không đáp ứng với TAC tiêm, có chống chỉ định của TAC hoặc bệnh nhân không thể thường xuyên thăm khám để điều trị bằng tiêm TAC trong sẹo với tỉ lệ sẹo lồi tái phát sau phẫu thuật là 10,6% - 29,5%.^{3,4} Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào đánh giá vai trò của việc dự phòng sẹo lồi tai sau phẫu thuật bằng tiêm TAC trong tổn

Tác giả liên hệ: Lê Thanh Hiền

Bệnh viện Da liễu Trung ương

Email: lethanhhiien412.hmu@gmail.com

Ngày nhận: 10/06/2025

Ngày được chấp nhận: 27/06/2025

thương hay nếp áp lực, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu so sánh hiệu quả dự phòng của tiêm TAC trong sẹo và nếp áp lực đối với sẹo lồi tai sau phẫu thuật cắt bỏ lồi sẹo và tạo hình bằng vật fillet.

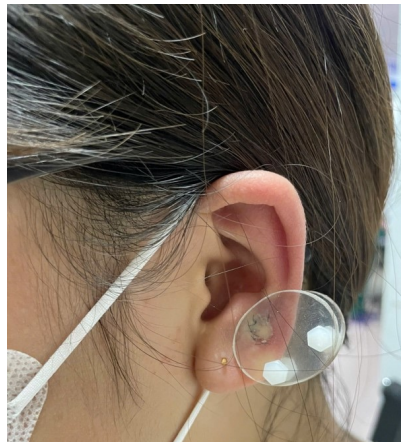
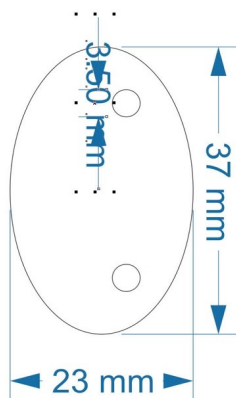
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu gồm 41 bệnh nhân với 50 sẹo lồi vùng tai được chẩn đoán xác định dựa vào lâm sàng và thang điểm Japan Scar Workshop (JSW) năm 2015.⁵

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là sẹo lồi vùng tai (vành tai hoặc dái tai); Đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có chống chỉ định của phẫu thuật (bệnh lý toàn thân nặng hoặc rối loạn đông máu nặng chưa được kiểm soát); Phụ nữ có thai hoặc cho con bú.



Hình 1. Mô tả thiết kế nếp áp lực tai và hình ảnh bệnh nhân đeo nếp áp lực ở tai sau phẫu thuật

Quy trình nghiên cứu:

Bệnh nhân được thu tuyển vào nghiên cứu sau khi thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn, loại trừ và được đánh giá chất lượng sẹo theo thang điểm Kyoto Scar Score (KSS) với 4 mức độ Kém, Trung bình, Tốt và Rất tốt.⁶ Với các sẹo được đánh giá ở mức độ Tốt và Rất tốt, bệnh

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp so sánh trước sau có đối chứng.

Thời gian nghiên cứu: tháng 12/2023 đến tháng 5/2025.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ và phục hồi chức năng, Bệnh viện Da liễu Trung ương.

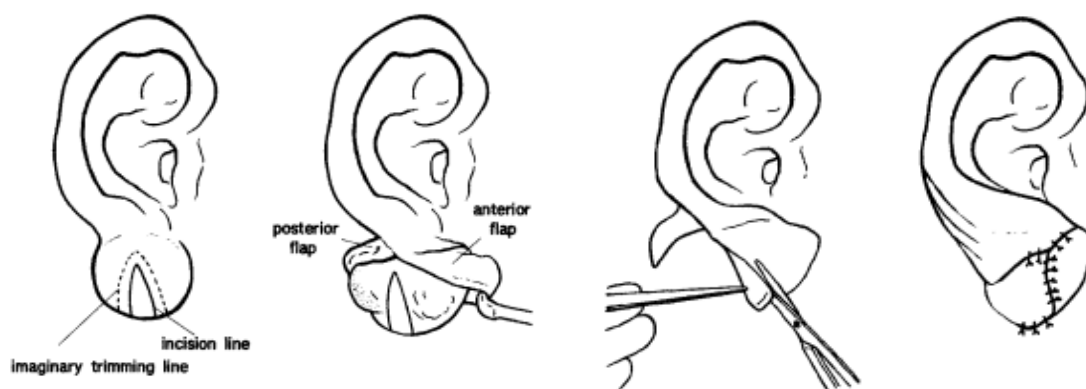
Vật liệu nghiên cứu: Triamcinolon acetonid (Pharmacort 80mg/2ml sản xuất bởi công ty PHARMATEX S.R.L-Nucloe industrial-84020 PALOMONTE (SA) Italia, số đăng ký VN-7315-08); Nếp áp lực tự sản xuất (cấu tạo gồm 2 bản nếp và 2 vít cố định, chất liệu nhựa tổng hợp trong suốt không gây kích ứng da, hình bầu dục, kích thước 37mm x 23mm, đục 2 lỗ kích thước 3,5mm để đặt vít có vòng xoáy điều chỉnh được để tạo áp lực phù hợp với từng bệnh nhân) (Hình 1).

nhân được tiến hành phẫu thuật cắt bỏ sẹo và tạo hình theo phương pháp cắt bỏ lồi sẹo và tạo hình lại bằng vật fillet (quy trình phẫu thuật được mô tả trong Hình 2). Với các sẹo được đánh giá ở mức độ Trung bình và Kém, bệnh nhân được điều trị bằng tiêm TAC trong sẹo nồng độ 20 mg/ml 1 lần/tháng cho tới khi đạt

chất lượng sẹo ở mức Tốt và Rất tốt để tiến hành phẫu thuật.

Sau phẫu thuật, bệnh nhân được dự phòng sẹo tái phát bằng 1 trong 2 phương pháp, tiêm TAC trong sẹo là nhóm can thiệp (nhóm 1) hoặc nẹp áp lực là nhóm chứng (nhóm 2), việc lựa chọn này là ngẫu nhiên theo mã số của bệnh án nghiên cứu (số lẻ phân vào nhóm 1, số chẵn phân vào nhóm 2). Tiêm TAC dự phòng được tiến hành sau phẫu thuật 4 tuần với tần suất 1 lần/1 tháng với nồng độ 20 mg/ml. Nẹp áp lực được chỉ định sau phẫu thuật 2 tuần, thực hiện hàng ngày với thời gian đeo nẹp từ 8 - 16 tiếng/ngày, áp lực nẹp được điều chỉnh bằng vít điều chỉnh sao cho màu da phần sẹo là từ màu đỏ hồng, bệnh nhân gửi hình ảnh hàng ngày cho bác sĩ qua điện thoại trong 1 tuần đầu tiên. Sẹo

được đánh giá biến chứng và tái phát ít nhất là 3 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật. Đối với những sẹo ở nhóm 2 (dự phòng bằng nẹp áp lực) tại thời điểm 3 tháng, nếu có điểm KSS > 3 sẽ được chuyển sang tiêm TAC trong sẹo được xem như là một biện pháp “cứu nguy” cho những sẹo không đáp ứng với nẹp áp lực và loại khỏi nghiên cứu nhưng vẫn tiếp tục được theo dõi cho tới khi đủ thời gian, nếu có điểm KSS ≤ 3 sẽ tiếp tục điều trị dự phòng bằng nẹp áp lực cho tới ít nhất 6 tháng. Còn đối với những sẹo ở nhóm 1 (dự phòng bằng tiêm TAC trong sẹo), tại thời điểm 3 tháng, nếu có điểm KSS > 3, tiếp tục điều trị bằng tiêm TAC trong sẹo 1 lần/tháng cho tới khi đủ 6 tháng, nếu có điểm KSS ≤ 3, dừng tiêm TAC và theo dõi tới ít nhất 6 tháng (theo Sơ đồ 1).



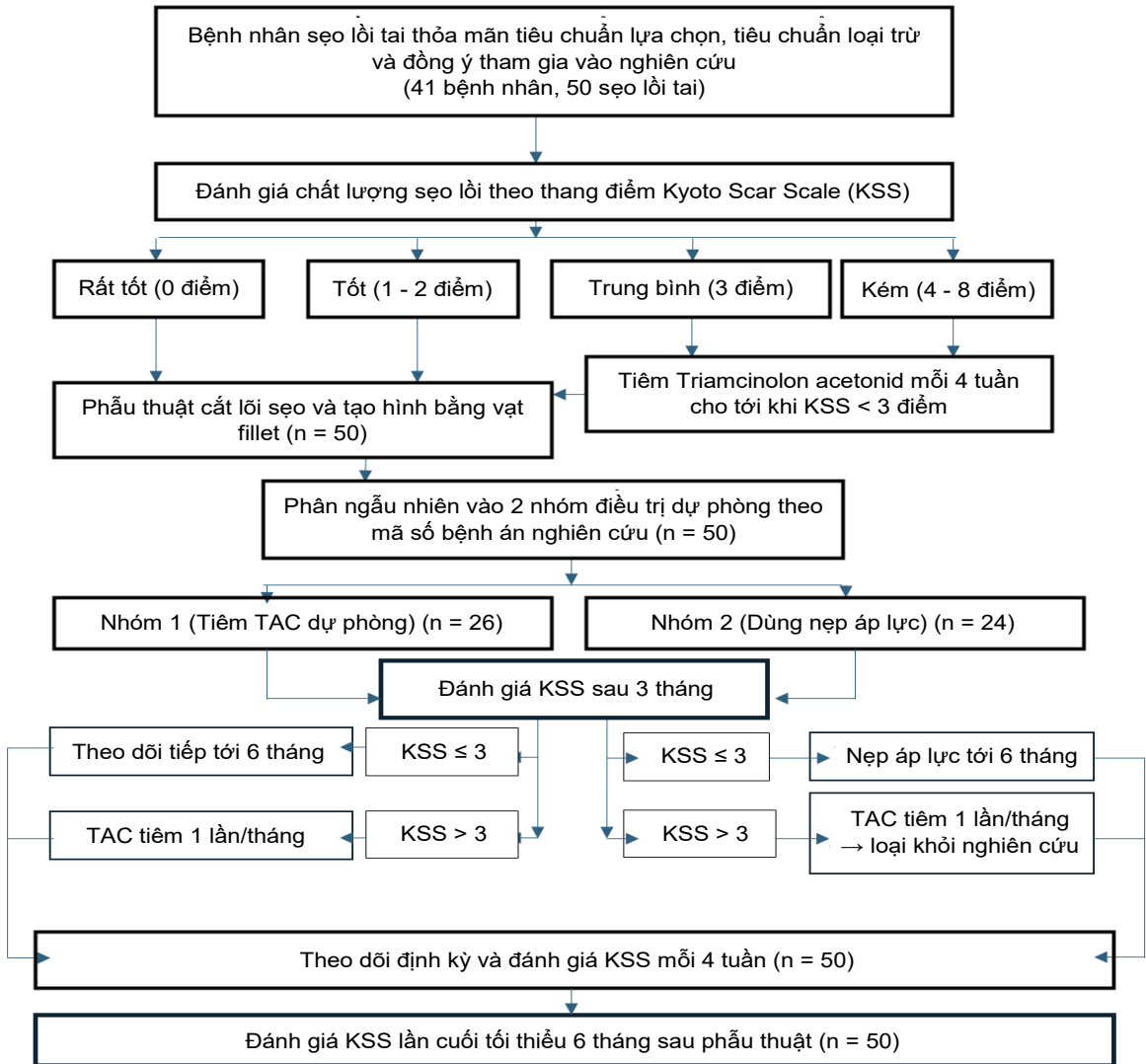
Hình 2. Kỹ thuật cắt sẹo lồi tai và tạo hình bằng vạt fillet gồm thiết kế vạt fillet, rạch da theo đường thiết kế (a), loại bỏ tổ chức sẹo ở trung tâm bảo tồn phần vạt da bên ngoài (b), sửa vạt da (c) và đóng tổn khuyết (d)

Phân tích và xử lý số liệu

Nhập liệu trên Excel và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn (phân bố chuẩn) hoặc trung vị [Q1-Q3] (phân bố không chuẩn). Kiểm định phân phối chuẩn bằng test Shapiro-Wilk. Các biến định tính được biểu diễn dưới dạng tần số (tỉ lệ phần trăm).

Khác biệt trong các so sánh hai nhóm của

biến liên tục sẽ được kiểm định bằng T-test (phân bố chuẩn) hoặc Mann-Whitney U test (phân bố không chuẩn); so sánh > 2 nhóm của biến liên tục được kiểm định bằng ANOVA hoặc Kruskal-Wallis test. Khác biệt trong so sánh biến định tính sẽ được kiểm định bằng Chi-bình phương hoặc Fisher's exact test. Khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

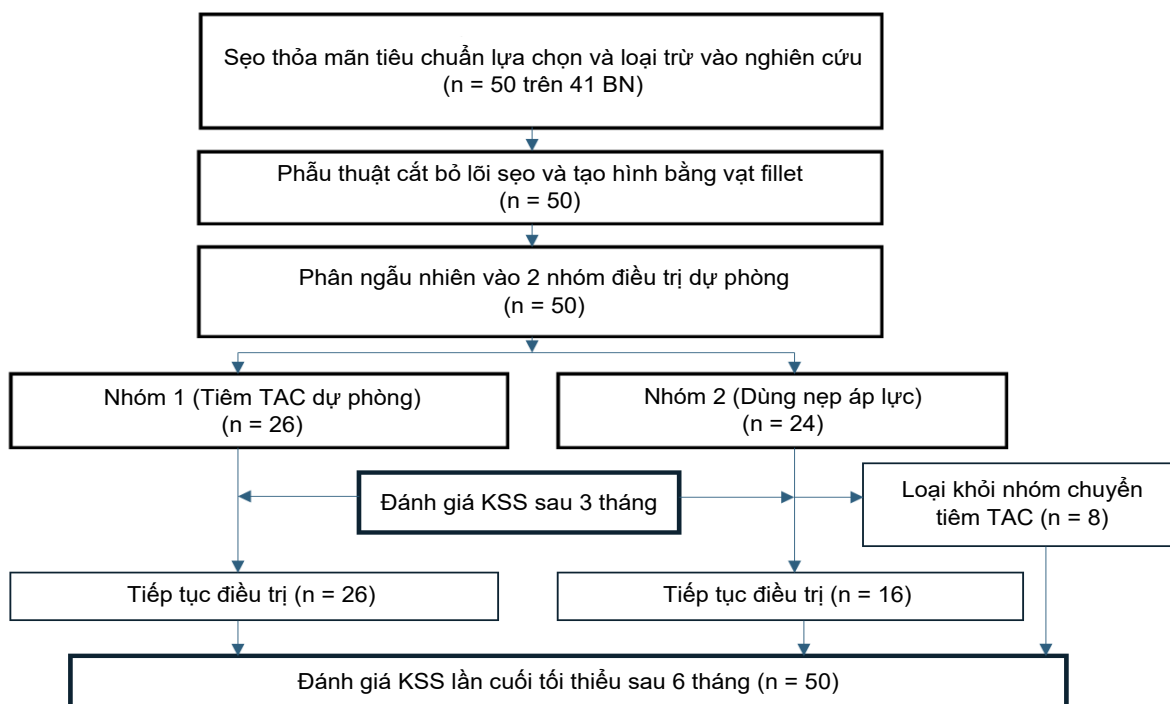


Sơ đồ 1. Quy trình thực hiện nghiên cứu

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức Bệnh viện Da liễu Trung ương theo quyết định số 65/HĐĐĐ-BVDLTW ngày 21 tháng 12 năm 2023. Bệnh nhân được thông

báo rõ mục đích nghiên cứu, quy trình tham gia nghiên cứu và rút khỏi nghiên cứu trên tình thần tự nguyện. Các thông tin cá nhân liên quan tới bệnh nhân và quá trình điều trị được mã hoá khi nhập liệu và được giữ bí mật.



Sơ đồ 2. Tiến trình nghiên cứu đánh giá hiệu quả của tiêm Triamcinolon acetonid trong tổn thương và nếp áp lực trong dự phòng sẹo lồi tai sau phẫu thuật

III. KẾT QUẢ

1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

41 BN được thu tuyển vào nghiên cứu với 50 sẹo lồi tai có tuổi trung bình là $22,3 \pm 6,6$ tuổi (7 - 50 tuổi), nữ chiếm đa số với 80,5%

và nguyên nhân do xô khuyên chiếm 100%. Vị trí xuất hiện của sẹo lồi khá đồng đều giữa da tai và vành tai với tỉ lệ lần lượt là 46% và 54%. Không có sự khác biệt về tuổi, giới tính sẹo, diện tích sẹo và vị trí sẹo giữa 2 nhóm nghiên cứu (Bảng 1).

Bảng 1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

		Nhóm 1	Nhóm 2	p-value	Cả 2 nhóm
		Số lượng (%) (n = 21)	Số lượng (%) (n = 20)		Số lượng (%) (n = 41)
Giới tính	Nam	5 (23,8)	3 (15,0)	> 0,05*	8 (19,5)
	Nữ	16 (76,2)	17 (85,0)		33 (80,5)
		Số lượng (%) (n = 26)	Số lượng (%) (n = 24)	p-value	Số lượng (%) (n = 50)
Vị trí sẹo	Dái tai	16 (61,5)	7 (29,2)	0,06*	23 (46)
	Vành tai	10 (38,5)	17 (70,8)		27 (54)

	Nhóm 1	Nhóm 2		Cả 2 nhóm
	Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	p-value	Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn
Tuổi (năm) (n = 41)	22,6 $\pm$ 6,9	21,3 $\pm$ 5,5	0,711**	22,3 $\pm$ 6,6
	Trung vị [khoảng tứ phân vị]	Trung vị [khoảng tứ phân vị]	p-value	Trung vị [khoảng tứ phân vị]
Tuổi sẹ (tháng) (n = 50)	24,0 [14,25 - 45]	24,0 [12,0 - 30,0]	0,083**	24,0 [12,0 - 36,0]
Diện tích sẹ (mm ²) (n = 50)	117,5 [43,5 - 225,0]	136,0 [99,0 - 245,25]	0,431**	133,5 [50,0 - 232,5]

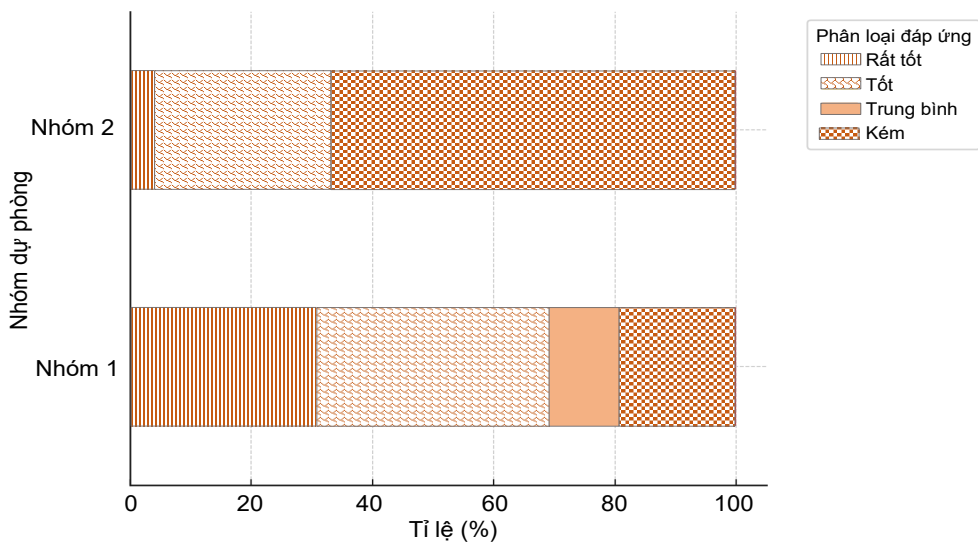
*Kiểm định Chi-bình phương; **Kiểm định Mann-Whiney U

2. Đáp ứng điều trị dự phòng tái phát sẹ lồi tai sau phẫu thuật

3 tháng sau khi áp dụng các biện pháp dự phòng, nhóm 1 có tỉ lệ bệnh nhân đáp ứng điều trị “Rất tốt”, “Tốt”, “Trung bình” và “Kém” lần lượt là

30,8%, 38,5%, 11,5% và 19,2%. Trong khi đó, ở nhóm 2, tỉ lệ này lần lượt là 4,2%, 29,2%, 0% và 66,7%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ (Biểu đồ 1). Như vậy, tỉ lệ tái phát sẹ của nhóm 1 và nhóm 2 lần lượt là 19,2% và 66,7%.

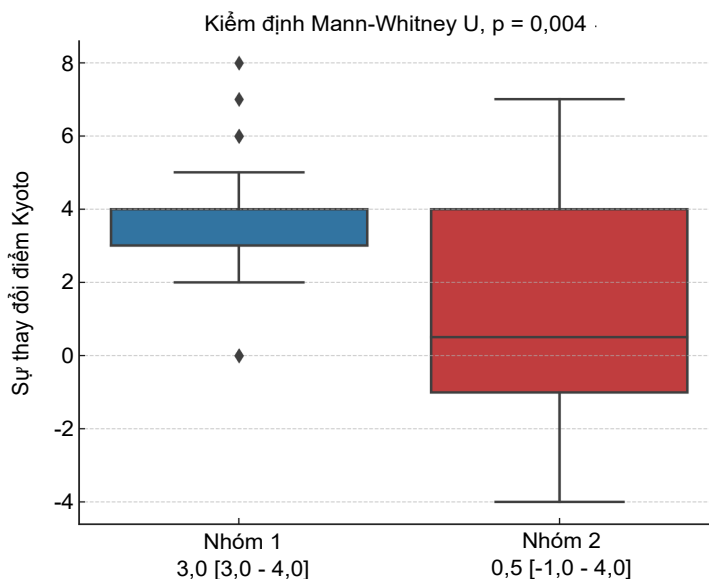
Kiểm định Chi-square, $p = 0,002$



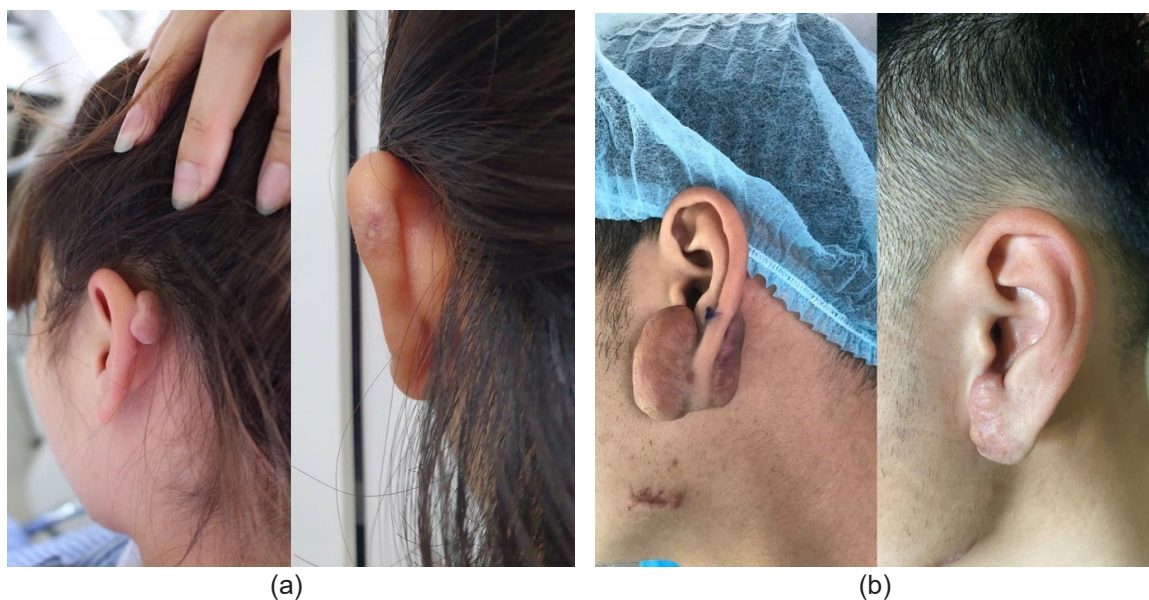
Biểu đồ 1. Phân loại đáp ứng điều trị theo từng nhóm dự phòng sau 3 tháng

Sau 3 tháng theo dõi, có 8/24 bệnh nhân của nhóm 2 có chất lượng sẹ “Kém” được chuyển sang tiêm TAC trong sẹ để “cứu nguy” và loại bỏ khỏi nhóm 2 nhưng vẫn được theo dõi đủ thời gian ít nhất 6 tháng để đánh giá kết quả. Sự thay đổi điểm KSS của nhóm 1 lớn hơn so với nhóm 2 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$

(Biểu đồ 2). Toàn bộ sẹ kết thúc nghiên cứu với thời gian theo dõi trung bình $13,6 \pm 2,52$ tháng (ít nhất 6 tháng, nhiều nhất 17 tháng), có 70% số sẹ lồi tai cho kết quả rất tốt (chiếm 18%), tốt (chiếm 44%) và trung bình (chiếm 8%). Có 30% số sẹ cho kết quả kém (sẹ tái phát) sau điều trị.



Biểu đồ 2. Sự thay đổi điểm KSS trước và sau điều trị của 2 nhóm dự phòng sau 3 tháng



Hình 3. (a) Bệnh nhân 22 tuổi nữ sẹo lõm vành tai trái trước và sau phẫu thuật 6 tháng dự phòng sẹo tái phát bằng nẹp áp lực; (b) Bệnh nhân nam 30 tuổi sẹo lõm dải tai trái trước và sau phẫu thuật 12 tháng dự phòng bằng nẹp áp lực thất bại chuyển sang tiêm Triamcinolon acetonid trong sẹo

3. Một số yếu tố liên quan tới tỉ lệ tái phát sẹo lõm tai sau phẫu thuật

Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến đều cho thấy không có yếu tố nào trong các yếu tố vị trí sẹo, tuổi, tuổi sẹo và kích thước sẹo ảnh

hưởng có ý nghĩa tới tỉ lệ tái phát của sẹo lõm tai sau phẫu thuật ($p > 0,05$). Tuy nhiên, vị trí sẹo ở vành tai có nguy cơ tái phát cao hơn hẳn nhóm có sẹo lõm ở dải tai với tỉ lệ tái phát cao gấp 2,5 lần nhưng không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

Bảng 2. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến về yếu tố nguy cơ tái phát sẹo lồi tai sau phẫu thuật

Biến	Hồi quy logistic đơn biến			Hồi quy logistic đa biến		
	OR	95%CI	p-value	OR	95%CI	p-value
Tuổi	1,01	0,89 – 1,14	0,874	0,99	0,87 – 1,13	0,888
Tuổi sẹo	0,99	0,96 – 1,03	0,608	0,99	0,95 – 1,03	0,611
Diện tích sẹo	1,0	1,0 – 1,0	0,298	1,0	1,0 – 1,0	0,306
Vị trí sẹo	2,33	0,67 – 8,12	0,183	2,53	0,69 – 9,30	0,162

Không có biến chứng toàn thân hoặc tại chỗ nghiêm trọng nào được ghi nhận ngay sau phẫu thuật hay trong quá trình theo dõi và điều trị dự phòng sẹo tái phát sau phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Sẹo lồi tai trong những năm gần đây đã trở thành đề tài nghiên cứu được quan tâm ở Việt Nam do tình trạng này khá phổ biến trong khi kết quả điều trị còn hạn chế và đặc biệt tỉ lệ tái phát sau điều trị còn cao khoảng 30% - 50%.⁷ Đặc điểm chung của các bệnh nhân trong những nghiên cứu này khá tương đồng với khoảng 80% - 100% là nữ và nguyên nhân chủ yếu dẫn tới sẹo lồi tai là do xô khuyên, các yếu tố khác có thể là điều kiện thuận lợi như tuổi, nhiễm trùng, viêm da tiếp xúc kích ứng, chất liệu khuyên...⁸⁻¹⁰

Trong nghiên cứu này chúng tôi lựa chọn phương pháp cắt bỏ sẹo và tạo hình lại bằng vật da xung quanh hay vật fillet với ưu điểm giảm thiểu tối đa nguy cơ hoại tử mép vết mổ, giảm nguy cơ tái phát do sức căng vết mổ thường không cao, nhưng có thể không loại bỏ hoàn toàn tổ chức sẹo và phần tổ chức sẹo còn lại có thể là nguyên nhân gây tái phát sau mổ. Theo kết quả nhiều nghiên cứu, kĩ thuật loại bỏ sẹo kết hợp với tạo hình bằng vật da xung quanh sẹo là một phương pháp điều trị hiệu quả đối với sẹo lồi tai với tỉ lệ tái phát từ 6,7% đến 25,8%.^{1,11}

Phẫu thuật loại bỏ sẹo sẽ có tỉ lệ tái phát thấp hơn nếu kết hợp dự phòng tái phát bằng 1 hoặc nhiều biện pháp bao gồm tiêm TAC trong tổn thương, nẹp áp lực, xạ trị hoặc điều hoà miễn dịch (như tiêm 5 fluorouracil trong tổn thương). Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ tái phát sẹo của TAC là 19,2%; cao hơn so với phương pháp nẹp áp lực là 66,7% sau 3 tháng theo dõi. Tỉ lệ tái phát của sẹo sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn một số nghiên cứu khác trên thế giới như trong một nghiên cứu tổng quan có hệ thống đánh giá về hiệu quả dự phòng tái phát sẹo sau phẫu thuật cắt bỏ sẹo bằng TAC tiêm trong sẹo và xạ trị, tỉ lệ tái phát tương ứng là 15,4% và 14,0% và tỉ lệ tái phát đối với dự phòng bằng nẹp là 10,6% - 29,5%.²⁻⁴ Đặc biệt, khi phối hợp nhiều biện pháp dự phòng như xạ trị kết hợp với tiêm TAC trong sẹo có thể giảm tỉ lệ tái phát xuống rất thấp là 6,7%.¹ TAC tiêm trong sẹo dự phòng sau phẫu thuật cũng được phối hợp với nẹp áp lực và cho kết quả tốt theo nhiều nghiên cứu với tỉ lệ tái phát từ 0% - 16,6%.^{8,12} Một nghiên cứu trong nước của tác giả Phạm Thị Việt Dung trên các bệnh nhân sẹo lồi tai thì tỉ lệ tái phát sẹo sau phẫu thuật cũng chỉ có 25% mặc dù không áp dụng các biện pháp dự phòng sẹo cho tất cả bệnh nhân. Điều này có thể một phần nguyên nhân là do trong nghiên cứu của chúng tôi có thời gian theo dõi dài hơn với thời gian theo dõi trung bình là $13,6 \pm 2,52$ tháng, thời gian theo

dôi của tác giả Dung là 6 tháng.¹³ Ngoài ra, sẹo trong nghiên cứu của tác giả Dung đa số có kích thước nhỏ < 10mm và phương pháp tạo hình chủ yếu là đóng trực tiếp nên đây cũng là yếu tố khiến cho tỉ lệ tái phát thấp hơn. Theo nhiều nghiên cứu trên thế giới, kích thước sẹo là một trong những yếu tố tham gia vào thay đổi tỉ lệ tái phát sau phẫu thuật, những sẹo có kích thước lớn hơn 2cm thì có nguy cơ tái phát cao hơn, trong nghiên cứu của chúng tôi có 15/50 sẹo có kích thước > 2cm.¹⁴ Bên cạnh đó, sẹo ở vị trí ở vành tai thường có tỉ lệ tái phát sau phẫu thuật cao hơn và trong nghiên cứu của chúng tôi sẹo đa số ở vành tai chiếm 54%. Một nguyên nhân khác có thể khiến tỉ lệ tái phát cao trong nghiên cứu của chúng tôi là do khi áp dụng phương pháp nẹp áp lực sau phẫu thuật, thời gian nẹp trong ngày của BN không được đảm bảo 12 - 18 tiếng/ngày và do thiết kế nẹp trong nghiên cứu của chúng tôi chưa thật sự phù hợp cho tất cả các trường hợp, dẫn tới BN bỏ điều trị, tuân thủ điều trị kém. Trong khi đó, nhiều nghiên cứu trên thế giới có thể thiết kế và tạo ra nẹp áp lực với chất liệu silicon mềm tương thích với từng trường hợp BN cụ thể, điều này khiến cho việc đeo nẹp dễ chịu hơn và do đó BN tuân thủ điều trị hơn.¹⁵ Vì vậy, để phương pháp nẹp áp lực có thể thành phương pháp thay thế cho tiêm TAC trong sẹo để dự phòng sau phẫu thuật thì cần có các thiết kế nẹp sẹo phù hợp hơn cho BN và quá trình theo dõi cần được thực hiện chặt chẽ hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ngoài tỉ lệ tái phát thấp hơn nhóm nẹp áp lực, tỉ lệ BN đáp ứng “Tốt” và “Rất tốt” ở nhóm dự phòng bằng TAC trong sẹo cũng cao hơn. Đặc biệt, ngay cả những BN đáp ứng “Kém” ở nhóm nẹp áp lực tại thời điểm sau 3 tháng thì khi chuyển qua điều trị tiếp bằng TAC tiêm trong sẹo, có 5/8 trường hợp vẫn cho kết quả “Tốt” khi hết thời gian theo dõi. Như vậy, tiêm TAC cho thấy

hiệu quả dự phòng tái phát sẹo lồi tai sau phẫu thuật cắt bỏ lồi sẹo và tạo hình bằng vật fillet tốt hơn so với nẹp áp lực.

Một số hạn chế của nghiên cứu là cỡ mẫu nhỏ và chưa tối ưu hoá được hiệu quả của phương pháp sử dụng nẹp áp lực vì thiết kế nẹp còn chưa thực sự phù hợp với từng bệnh nhân như nhiều nghiên cứu trên thế giới nên chưa đánh giá đúng được hiệu quả của phương pháp này trong dự phòng tái phát sẹo lồi tai sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Sẹo lồi tai là bệnh lý thường gặp, được điều trị chủ yếu bằng phương pháp cắt bỏ lồi sẹo và dự phòng tái phát bằng tiêm TAC trong tổn thương, nẹp áp lực, xạ trị hoặc điều hoà miễn dịch tại chỗ. Tiêm TAC trong tổn thương là biện pháp an toàn, chi phí điều trị thấp nhưng hiệu quả dự phòng cao hơn so với nẹp áp lực. Nẹp áp lực có thể là lựa chọn thay thế trong những trường hợp có chống chỉ định của tiêm TAC nhưng cần có chế độ theo dõi sau điều trị chặt chẽ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hung YT, Lin SM, Tzeng IS, et al. Optimizing surgical outcome of auricular keloid with a novel multimodal approach. *Sci Rep*. 2022;12(1):3533. doi:10.1038/s41598-022-07255-8
2. Shin JY, Lee JW, Roh SG, et al. A Comparison of the Effectiveness of Triamcinolone and Radiation Therapy for Ear Keloids after Surgical Excision: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plast Reconstr Surg*. 2016;137(6):1718-1725. doi:10.1097/PRS.0000000000002165
3. Tanaydin V, Beugels J, Piatkowski A, et al. Efficacy of custom-made pressure clips for ear keloid treatment after surgical excision. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg*

JPRAS. 2016;69(1):115-121. doi:10.1016/j.bjps.2015.09.013

4. Park TH, Seo SW, Kim JK, et al. Outcomes of surgical excision with pressure therapy using magnets and identification of risk factors for recurrent keloids. *Plast Reconstr Surg*. 2011;128(2):431-439. doi:10.1097/PRS.0b013e31821e7006

5. Téot L, Mustoe TA, Middelkoop E, et al. JSW Scar Scale (JSS) 2015 (Classification and Evaluation of Keloids and Hypertrophic Scars). In: *Textbook on Scar Management: State of the Art Management and Emerging Technologies* [Internet]. http://www.scar-keloid.com/pdf/JSW_scar_scale_2015_EN.pdf

6. Yamawaki S, Naitoh M, Yoshikawa K, et al. Kyoto Scar Scale for Assessment of Keloids Following Surgery and Irradiation. *Sosyo*. 2011;2(3):112-117. doi:10.11310/jsswc.2.112

7. Nast A, Eming S, Fluhr J, et al. German S2k guidelines for the therapy of pathological scars (hypertrophic scars and keloids). *J Dtsch Dermatol Ges J Ger Soc Dermatol JDDG*. 2012;10(10):747-762. doi:10.1111/j.1610-0387.2012.08012.x

8. Mohammadi AA, Kardeh S, Motazedian GR, et al. Management of Ear Keloids Using Surgical Excision Combined with Postoperative Steroid Injections. *World J Plast Surg*. 2019;8(3):338-344. doi:10.29252/wjps.8.3.338

9. Phạm Thị Việt Dung, Phạm Kiến Nhật, Nguyễn Anh Đạt. Phẫu thuật tạo hình điều trị sẹo lồi vành tai do xô khuyên. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2023;165(4):10-16. doi:10.52852/tcnchy.v165i4.1476

10. Ogawa R, Akaishi S, Dohi T, et al. Analysis of the surgical treatments of 63 keloids on the cartilaginous part of the auricle: effectiveness of the core excision method. *Plast Reconstr Surg*. 2015;135(3):868-875. doi:10.1097/PRS.0000000000000962

11. Choong Jae Kim, Hoon Choi, Chan Ho Na, et al. The Study of Ear Keloids by Surgical Excision with Fillet Flap in a Single Institution. *Korean Journal of Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery*. 2020;63(7). doi:10.3342/kjorl-hns.2019.00675

12. Jung JY, Roh MR, Kwon YS, et al. Surgery and perioperative intralesional corticosteroid injection for treating earlobe keloids: a Korean experience. *Ann Dermatol*. 2009;21(3):221-225. doi:10.5021/ad.2009.21.3.221

13. Khan FA, Drucker NA, Larson SD, et al. Pediatric earlobe keloids: Outcomes and patterns of recurrence. *J Pediatr Surg*. 2020;55(3):461-464. doi:10.1016/j.jpedsurg.2019.07.006

14. Mohamed R, Elawadi AA, Al-Gendi R, et al. The outcome of postoperative radiation therapy following plastic surgical resection of recurrent ear keloid: a single institution experience. *J Egypt Natl Cancer Inst*. 2022;34(1):4. doi:10.1186/s43046-022-00105-8

15. Kadouch DJ, van der Veer WM, Kerkdijk D, et al. Postoperative pressure therapy of ear keloids using a custom-made methyl methacrylate stent. *Dermatol Surg Off Publ Am Soc Dermatol Surg Al*. 2010;36(3):383-385. doi:10.1111/j.1524-4725.2009.01449.x

Summary

EFFICACY OF INTRALESIONAL TRIAMCINOLONE ACETONIDE INJECTION AND PRESSURE THERAPY IN THE PREVENTION OF AURICULAR KELOID RECURRENCE AFTER SURGICAL EXCISION

A controlled pre-post interventional study was conducted on 50 auricular keloids in 41 patients to compare the efficacy of postoperative prophylaxis using intralesional Triamcinolone Acetonide (TAC) injections (26 keloids) – Group 1 versus pressure therapy (24 keloids) – Group 2. Treatment outcomes were assessed using the Kyoto Scar Scale (KSS) at 3 and 6 months postoperatively, with response categorized into four levels: “Very good,” “Good,” “Moderate,” and “Poor,” where “Poor” indicated recurrence. The recurrence rate in Group 1 was 19.2%, significantly lower than 66.7% in Group 2 ($p < 0.01$). The reduction in KSS score in group 1 was 3.0 [3.0 – 4.0] points, which was greater than that in group 2 at 0.5 [-1.0 – 4.0] points ($p < 0.01$). These findings suggest that intralesional TAC injection is more effective than pressure therapy in preventing postoperative recurrence of auricular keloids. Recurrent auricular keloids after surgery may be associated with scar location and not related to factors such as age, scar age, or scar area.

Keywords: Auricular keloid, intralesional triamcinolone injection, pressure clip, scar surgery.