

đầu phẫu thuật nên quyết định trong mổ còn hạn chế, cùng với đó điều kiện phẫu thuật chưa tối ưu: thiết bị hỗ trợ, dụng cụ hoặc hệ thống gây mê – hồi sức chưa hiện đại bằng các trung tâm nghiên cứu khác, ảnh hưởng đến hiệu quả mổ. Thêm nữa các bệnh nhân của chúng tôi đến viện muộn hoặc phát hiện khi dấu hiệu tắc ruột đã khá rõ ràng, nên nhiều bệnh nhân nhập viện trong tình trạng nặng, mất nước, rối loạn điện giải... làm thời gian chuẩn bị và phẫu thuật kéo dài hơn. Còn lại các kết quả này cũng tương tự kết quả của một số tác giả trong và ngoài nước.

Tất cả các bệnh nhân của chúng tôi sau phẫu thuật được điều trị kháng sinh phối hợp từ 2 đến 3 loại. Các loại kháng sinh chúng tôi hay dùng là 01 kháng sinh thuộc nhóm Beta-lactam phổ rộng thể hệ mới như Meropenem, Ertapenem... kết hợp với Quinolon và Metronidazole. Chúng tôi sử dụng như vậy theo khuyến cáo và kinh nghiệm của các nghiên cứu khác trước đó

V. KẾT LUẬN

Tắc ruột là biến chứng gặp nhiều nhất trong số các biến chứng khác của ung thư đại trực tràng. Cách xử trí tắc ruột trong cấp cứu tùy thuộc vào điều kiện bệnh nhân, kinh nghiệm của phẫu thuật viên, điều kiện gây mê hồi sức và đặc điểm của khối u để lựa chọn phẫu thuật đúng đắn và thích hợp cho từng trường hợp cụ thể là rất quan trọng.

Phẫu thuật triệt căn cho nhóm bệnh nhân UTĐT có biến chứng tắc ruột tại Bệnh viện 19-8 là an toàn, đạt tỷ lệ phẫu thuật triệt căn cao, biến chứng thấp có khả năng kiểm soát được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ansaloni, L., Andersson, R. E., Bazzoli, F., Catena, F., Cennamo, V., Di Saverio, S.,... & Tusch, J. J. (2010).** Guidelines in the management of obstructing cancer of the left colon: consensus conference of the world society of emergency surgery (WSES) and peritoneum and surgery (PnS) society. *World Journal of Emergency Surgery*, 5, 1-10.
2. **Baer, C., Menon, R., Bastawrous, S., & Bastawrous, A. (2017).** Emergency presentations of colorectal cancer. *Surgical Clinics*, 97(3), 529-545.
3. **Kim, Y. H., & Kim, K. J. (2017).** Surgical outcomes and risk factors in patients who underwent emergency colorectal surgery. *Annals of coloproctology*, 33(6), 239.
4. **Hương, N. V. (2014).** Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật tắc ruột do ung thư đại trực tràng. *Sigma*, 12(20), 7.
5. **Nguyen, D. A., Mai-Phan, T. A., Do, P. T. T., & Thai, T. T. (2020).** Emergency surgery for obstructed colorectal cancer in Vietnam. *Asian journal of surgery*, 43(6), 683-689.
6. **Phạm, V. B., & Hoàng, M. T. (2021).** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cấp cứu nối ngay một thì điều trị tắc ruột do ung thư nửa trái đại trực tràng tại bệnh viện K. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 501(1).
7. **Thành, T. T., Thăng, T., & Huy, N. V. (2023).** Đánh giá kết quả điều trị ung thư đại trực tràng có biến chứng tắc ruột tại Bệnh viện K. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 527(2).
8. **Hà Văn Quyết và cộng sự (2005),** Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật tắc ruột do ung thư đại tràng, *Ngoại khoa số 3*, tr 28-36
9. **Trịnh Hồng Sơn, Chu Nhật Minh, Đỗ Đức Vân:** Tắc ruột do ung thư đại tràng: nhận xét về chẩn đoán, chỉ định và cách xử trí qua 99 trường hợp được mổ cấp cứu tại BV Việt Đức (Hà Nội). *Ngoại khoa 1996*, 9, 129-136.

XÁC ĐỊNH YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ VỚI LIỆU PHÁP NHĨ HOÀN KẾT HỢP BÀI THUỐC TIÊU PHONG TÁN TRÊN NGƯỜI BỆNH VIÊM DA CƠ ĐỊA MỨC ĐỘ NHẸ ĐẾN TRUNG BÌNH

Trần Thu Nga^{1,2}, Trần Hòa An^{1,2}, Trịnh Thị Diệu Thường^{3,4}

TÓM TẮT

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh – Cơ sở 3

³Cục Quản lý Y, Dược cổ truyền, Bộ Y tế

⁴Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Thị Diệu Thường

Email: thuongtttd.ydct@moh.gov.vn

Ngày nhận bài: 23.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 30.9.2025

Ngày duyệt bài: 13.10.2025

Mục tiêu: Xác định yếu tố ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị với liệu pháp nhĩ hoàn kết hợp Tiêu Phong Tán ở người bệnh viêm da cơ địa (VDCĐ). **Phương pháp:** Đây là phân tích thứ cấp trên dữ liệu từ một thử nghiệm lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên kéo dài 4 tuần. Người bệnh VDCĐ không nặng, có biểu hiện phong-thấp-nhiệt được điều trị bằng Tiêu Phong Tán và được phân ngẫu nhiên vào nhóm nhĩ hoàn (n=78) hoặc giả nhĩ hoàn (n=78). Các yếu tố dự đoán độc lập được ước tính bằng hồi quy logistic đa biến; các mô hình cũng bao gồm các tương tác giữa nhóm điều trị và đặc điểm nên để đánh giá khả năng điều biến hiệu quả. **Kết quả:** Các yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa đến đáp ứng điều trị gồm nhóm điều trị và giai đoạn bệnh.

Trong đó, kết hợp nhĩ hoàn liên quan khả năng đáp ứng cao hơn so với giả (OR=20,55; $p<0,0001$) và giai đoạn mạn liên quan đến đáp ứng thấp hơn so với cấp (OR=0,11; $p=0,043$). Không thấy bằng chứng hiệu quả nhĩ hoàn bị ảnh hưởng bởi độ nặng, IgE hay thời gian mắc. **Kết luận:** Phương pháp can thiệp và giai đoạn bệnh là các yếu tố độc lập ảnh hưởng đáp ứng điều trị. Trong đó liệu pháp kết hợp nhĩ hoàn cho đáp ứng tốt hơn, ngược lại giai đoạn mạn cho đáp ứng kém hơn. Lợi ích của nhĩ hoàn nhất quán với các yếu tố nền khác nhau, ủng hộ việc áp dụng rộng rãi cho nhiều đối tượng, đặc biệt ở giai đoạn sớm của bệnh.

Từ khoá: viêm da cơ địa, nhĩ hoàn, Tiêu Phong Tán

SUMMARY

IDENTIFYING FACTORS INFLUENCING TREATMENT RESPONSE TO AURICULAR ACUPUNCTURE COMBINED WITH XIAO-FENG-SAN IN PATIENTS WITH MILD-TO-MODERATE ATOPIC DERMATITIS

Objective: To identify factors influencing treatment response with auricular acupuncture (AA) combined with Xiao-Feng-San in patients with atopic dermatitis (AD). **Methods:** This was a secondary analysis of data from a 4-week randomized controlled clinical trial. Patients with non-severe AD and a wind-damp-heat syndrome pattern were treated with Xiao-Feng-San and randomly assigned to the AA group ($n=78$) or sham AA group ($n=78$). Independent predictors were estimated using multivariable logistic regression; models also included interactions between treatment group and baseline characteristics to assess potential effect modification. **Results:** Treatment group and disease stage were significant factors affecting response. AA was associated with higher response compared with sham (OR=20.55; $p<0.0001$), while the chronic stage was associated with lower response compared with the acute stage (OR=0.11; $p=0.043$). No evidence was found that the effect of AA was influenced by disease severity, baseline IgE, or disease duration. **Conclusion:** Intervention type and disease stage were independent factors affecting treatment response. AA produced better responses, whereas the chronic stage predicted poorer outcomes. The benefit of AA was consistent across different baseline characteristics, supporting its broader application, particularly in the early stage of the disease. **Keywords:** atopic dermatitis, auricular acupuncture, Xiao-Feng-San

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm da cơ địa (VDCĐ) là một bệnh viêm da mạn tính phổ biến, gây ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống của người bệnh do các triệu chứng ngứa và tổn thương da dai dẳng. Các phương pháp điều trị hiện tại, từ thuốc bôi tại chỗ đến các liệu pháp toàn thân, dù hiệu quả nhưng vẫn còn những hạn chế về tác dụng phụ khi sử dụng lâu dài. Trong y học cổ truyền (YHCT), bài thuốc Tiêu Phong Tán đã được sử dụng rộng rãi để điều trị VDCĐ thể phong thấp nhiệt.¹

Để tăng cường hiệu quả điều trị, các liệu pháp không dùng thuốc như châm cứu đang ngày càng được quan tâm. Trong một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, mù đôi, có đối chứng can thiệp giả được chúng tôi công bố trước đây, việc kết hợp nhĩ hoàn với bài thuốc Tiêu Phong Tán đã được chứng minh là giúp cải thiện đáng kể mức độ nặng của bệnh (chỉ số SCORAD) và chất lượng cuộc sống ở người bệnh VDCĐ mức độ nhẹ đến trung bình so với việc chỉ dùng Tiêu Phong Tán kết hợp với giả nhĩ hoàn.²

Kết quả trên đã khẳng định lợi ích tổng thể của việc thêm nhĩ hoàn vào phác đồ điều trị. Tuy nhiên, một câu hỏi lâm sàng quan trọng vẫn chưa được giải đáp: liệu hiệu quả của liệu pháp kết hợp này có nhất quán trên tất cả các phân nhóm người bệnh hay không? Có khả năng rằng một số người bệnh với các đặc điểm ban đầu nhất định như mức độ nặng của bệnh, thời gian mắc bệnh, hay các dấu ấn sinh học như IgE sẽ được hưởng lợi nhiều hơn từ can thiệp này so với những người khác. Việc xác định được các yếu tố dự đoán đáp ứng điều trị sẽ giúp cá thể hóa phác đồ và tối ưu hóa kết quả cho từng người bệnh.

Vì vậy, mục tiêu của nghiên cứu này là thực hiện một phân tích thứ cấp, thăm dò trên bộ dữ liệu từ thử nghiệm lâm sàng đã công bố để xác định các yếu tố lâm sàng và nhân khẩu học ban đầu có khả năng dự đoán đáp ứng điều trị với liệu pháp nhĩ hoàn bổ trợ ở người bệnh VDCĐ mức độ nhẹ đến trung bình.²

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu và người tham gia.

Đây là một phân tích thứ cấp dựa trên dữ liệu từ một thử nghiệm lâm sàng đa trung tâm, ngẫu nhiên, có đối chứng can thiệp giả, mù người tham gia và người đánh giá. Chi tiết đầy đủ về phương pháp luận của thử nghiệm gốc đã được chúng tôi công bố trước đây.²

Nghiên cứu gốc được tiến hành tại hai bệnh viện gồm Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh – Cơ sở 3 và Bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh, từ tháng 7 năm 2024 đến tháng 3 năm 2025. Các đối tượng đủ điều kiện là người bệnh người lớn được chẩn đoán VDCĐ mức độ nhẹ đến trung bình (chỉ số SCORAD ≤ 50) với biểu hiện phong thấp nhiệt theo YHCT. Các tiêu chí loại trừ chính bao gồm việc sử dụng các liệu pháp toàn thân hoặc quang trị liệu gần đây, có tiền sử châm cứu, hoặc đang mang thai, cho con bú. Toàn bộ nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức của Đại học Y Dược

Thành phố Hồ Chí Minh phê duyệt (Số 270/HĐDD-ĐHYD).²

2.2. Can thiệp và thu thập dữ liệu. Như đã mô tả chi tiết trong bài báo gốc, tất cả người tham gia đều nhận một phác đồ điều trị tiêu chuẩn bằng thuốc sắc Tiêu Phong Tán trong 4 tuần. Đồng thời, họ được phân ngẫu nhiên theo tỷ lệ 1:1 vào một trong hai nhóm: nhóm can thiệp nhận nhĩ hoàn (n = 78) hoặc nhóm chứng nhận nhĩ hoàn giả (n = 78) mỗi tuần một lần trong suốt 4 tuần.²

Các dữ liệu về nhân khẩu học, đặc điểm lâm sàng (SCORAD, giai đoạn, độ nặng, thời gian mắc bệnh) và nồng độ IgE huyết thanh đã được thu thập tại thời điểm ban đầu. Hiệu quả điều trị được đánh giá tại tuần 4.

2.3. Phân tích thống kê. Toàn bộ phân tích trong nghiên cứu này được thực hiện trên quần thể theo chủ đích điều trị từ thử nghiệm gốc.²

Biến kết quả chính cho phân tích này là đáp ứng điều trị tại tuần 4, được định nghĩa là một biến nhị phân gồm “đáp ứng” và “không đáp ứng”. Đáp ứng được định nghĩa là sự cải thiện ít nhất 50% chỉ số SCORAD so với ban đầu.

Trước tiên, một mô hình hồi quy logistic đa biến được xây dựng để xác định các yếu tố độc lập liên quan đến đáp ứng điều trị. Mô hình này bao gồm các biến độc lập được lựa chọn dựa trên ý nghĩa lâm sàng bao gồm nhóm điều trị (can thiệp và chứng), giới tính, tuổi, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, bệnh kèm viêm mũi dị ứng, giai đoạn bệnh, điểm SCORAD nền, độ nặng của bệnh và nồng độ IgE nền.

Tiếp theo, để xác định các yếu tố có khả năng làm thay đổi hiệu quả điều trị, các mô hình hồi quy logistic riêng biệt đã được xây dựng. Mỗi mô hình bao gồm tất cả các biến nêu trên cùng với một biến tương tác giữa nhóm điều trị và một yếu tố dự đoán tiềm năng. Các yếu tố dự đoán được kiểm tra bao gồm điểm SCORAD nền, nồng độ IgE nền, thời gian mắc bệnh, độ nặng của bệnh và giai đoạn bệnh.

Kết quả được trình bày dưới dạng tỷ số chênh (Odds Ratio - OR) cùng với khoảng tin cậy 95% (95% CI). Giá trị p hai phía dưới 0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê. Tất cả các phân tích được thực hiện bằng phần mềm R phiên bản 4.3.3.

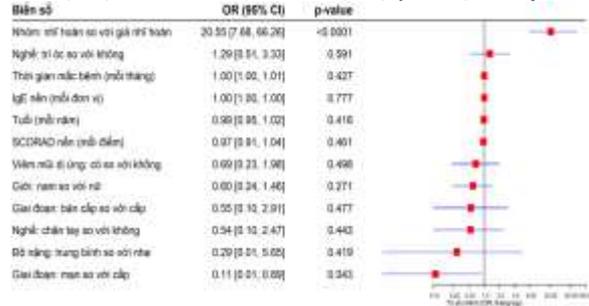
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Mô hình tương tác giữa nhóm điều trị và điểm SCORAD nền

Biến số	Hệ số β	Sai số chuẩn	z value	p value	OR (95% CI)
(Intercept)	3,06	2,15	1,42	0,1545	21,32 (0,29 - 1738,22)
Nhĩ hoàn (so với giả chặm)	-0,46	2,51	-0,18	0,8539	0,63 (0,00 - 96,85)
SCORAD nền (mỗi điểm)	-0,09	0,06	-1,53	0,1254	0,92 (0,81 - 1,02)

3.1. Các yếu tố liên quan đến đáp ứng điều trị. Kết quả từ mô hình hồi quy logistic đa biến nhằm xác định các yếu tố độc lập liên quan đến đáp ứng điều trị được trình bày trong Biểu đồ 1.

Sau khi kiểm soát các yếu tố gây nhiễu tiềm tàng, nhóm điều trị được xác định là yếu tố có mối liên quan mạnh mẽ và có ý nghĩa thống kê nhất với kết quả điều trị. Cụ thể, nhóm được can thiệp bằng nhĩ hoàn thật (nhóm can thiệp) có khả năng đáp ứng điều trị cao hơn 20,55 lần so với nhóm nhận nhĩ hoàn giả (nhóm chứng) (OR = 20,55; 95% CI: 7,68 – 66,26; p < 0,0001).



Biểu đồ 1: Kết quả mô hình hồi quy logistic đa biến xác định các yếu tố liên quan đến đáp ứng điều trị

Bên cạnh đó, giai đoạn bệnh cũng cho thấy có mối liên quan đáng kể. So với người bệnh ở giai đoạn cấp, những người bệnh ở giai đoạn mạn có khả năng đáp ứng điều trị thấp hơn (OR = 0,11; 95% CI: 0,01 – 0,89; p = 0,043).

Các yếu tố khác, bao gồm giới tính, tuổi, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, điểm SCORAD nền, độ nặng của bệnh, bệnh kèm viêm mũi dị ứng và nồng độ IgE nền, không cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với khả năng đáp ứng điều trị trong mô hình đa biến.

3.2. Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả của can thiệp. Để thăm dò các yếu tố có khả năng làm thay đổi hiệu quả của can thiệp, chúng tôi đã tiến hành một loạt các phân tích tương tác. Kết quả chi tiết của mỗi mô hình được trình bày tuần tự từ Bảng 1 đến Bảng 5.

Kết quả phân tích tương tác giữa nhóm điều trị và điểm SCORAD nền được trình bày trong Bảng 1. Không có bằng chứng về sự tương tác có ý nghĩa thống kê giữa hai yếu tố này (OR cho biến tương tác = 1,09; 95% CI: 0,97 – 1,24; p = 0,164).

Nam giới (so với nữ)	-0,47	0,46	-1,01	0,3127	0,63 (0,25 - 1,53)
Tuổi (mỗi năm)	-0,01	0,02	-0,81	0,4204	0,99 (0,95 - 1,02)
Lao động trí óc (so với không)	0,17	0,48	0,35	0,7233	1,18 (0,46 - 3,07)
Lao động chân tay (so với không)	-0,85	0,82	-1,03	0,3038	0,43 (0,07 - 2,03)
Thời gian mắc bệnh (mỗi tháng)	0,00	0,00	0,80	0,4229	1,00 (1,00 - 1,01)
Giai đoạn bán cấp (so với cấp)	-0,65	0,87	-0,75	0,4537	0,52 (0,09 - 2,86)
Giai đoạn mạn (so với cấp)	-2,06	1,08	-1,91	0,0566	0,13 (0,01 - 1,00)
Mức độ trung bình (so với nhẹ)	-0,61	1,48	-0,41	0,6815	0,55 (0,02 - 10,03)
Viêm mũi dị ứng (so với không)	-0,30	0,55	-0,54	0,5883	0,74 (0,25 - 2,16)
IgE nền (mỗi đơn vị)	0,00	0,00	-0,36	0,7226	1,00 (1,00 - 1,00)
Nhĩ hoàn:SCORAD nền	0,09	0,06	1,39	0,1641	1,09 (0,97 - 1,24)

Tương tự, Bảng 2 cho thấy kết quả của mô hình tương tác với nồng độ IgE nền. Biến tương tác cũng không có ý nghĩa thống kê (OR cho biến tương tác = 1,00; 95% CI: 1,00 - 1,01; p = 0,427), cho thấy hiệu quả của nhĩ hoàn không phụ thuộc vào tình trạng dị ứng của người bệnh được đo bằng IgE.

Bảng 2. Mô hình tương tác giữa nhóm điều trị và IgE nền

Biến số	Hệ số β	Sai số chuẩn	z value	p value	OR (95% CI)
(Intercept)	1,48	1,79	0,83	0,4074	4,39 (0,13 - 163,09)
Nhĩ hoàn (so với giả chàm)	2,66	0,65	4,09	0,0000	14,23 (4,14 - 55,42)
IgE nền (mỗi đơn vị)	-0,00	0,00	-0,80	0,4263	1,00 (0,99 - 1,00)
Nam giới (so với nữ)	-0,45	0,46	-0,97	0,3300	0,64 (0,25 - 1,56)
Tuổi (mỗi năm)	-0,01	0,02	-0,73	0,4628	0,99 (0,95 - 1,02)
Lao động trí óc (so với không)	0,26	0,48	0,54	0,5913	1,29 (0,51 - 3,34)
Lao động chân tay (so với không)	-0,62	0,81	-0,77	0,4434	0,54 (0,10 - 2,48)
Thời gian mắc bệnh (mỗi tháng)	0,00	0,00	0,80	0,4234	1,00 (1,00 - 1,01)
Giai đoạn bán cấp (so với cấp)	-0,81	0,94	-0,86	0,3884	0,44 (0,06 - 2,65)
Giai đoạn mạn (so với cấp)	-2,33	1,14	-2,04	0,0418	0,10 (0,01 - 0,83)
SCORAD nền (mỗi điểm)	-0,03	0,04	-0,74	0,4596	0,97 (0,91 - 1,04)
Mức độ trung bình (so với nhẹ)	-1,14	1,51	-0,75	0,4514	0,32 (0,01 - 5,92)
Viêm mũi dị ứng (so với không)	-0,39	0,55	-0,71	0,4747	0,68 (0,22 - 1,95)
Nhĩ hoàn:IgE nền	0,00	0,00	0,79	0,4266	1,00 (1,00 - 1,01)

Bảng 3 trình bày phân tích tương tác với thời gian mắc bệnh. Kết quả tiếp tục cho thấy không có sự tương tác có ý nghĩa (OR cho biến tương tác = 1,02; 95% CI: 1,00 - 1,07; p = 0,287), gợi ý rằng tính mạn tính của bệnh không làm thay đổi lợi ích của can thiệp.

Bảng 3. Mô hình tương tác giữa nhóm điều trị và thời gian mắc bệnh

Biến số	Hệ số β	Sai số chuẩn	z value	p value	OR (95% CI)
(Intercept)	1,68	1,76	0,96	0,3395	5,38 (0,16 - 190,37)
Nhĩ hoàn (so với giả chàm)	2,31	0,70	3,29	0,0010	10,04 (2,57 - 41,62)
Thời gian mắc bệnh (mỗi tháng)	-0,01	0,02	-0,86	0,3922	0,99 (0,94 - 1,00)
Nam giới (so với nữ)	-0,51	0,46	-1,10	0,2713	0,60 (0,24 - 1,47)
Tuổi (mỗi năm)	-0,02	0,02	-0,87	0,3826	0,98 (0,95 - 1,02)
Lao động trí óc (so với không)	0,29	0,47	0,62	0,5356	1,34 (0,53 - 3,44)
Lao động chân tay (so với không)	-0,68	0,80	-0,85	0,3948	0,50 (0,09 - 2,30)
Giai đoạn bán cấp (so với cấp)	-0,62	0,85	-0,73	0,4638	0,54 (0,10 - 2,86)
Giai đoạn mạn (so với cấp)	-2,15	1,07	-2,01	0,0441	0,12 (0,01 - 0,90)
SCORAD nền (mỗi điểm)	-0,02	0,04	-0,66	0,5099	0,98 (0,91 - 1,05)
Mức độ trung bình (so với nhẹ)	-1,21	1,51	-0,80	0,4225	0,30 (0,01 - 5,55)
Viêm mũi dị ứng (so với không)	-0,37	0,56	-0,67	0,5034	0,69 (0,22 - 2,02)
IgE nền (mỗi đơn vị)	-0,00	0,00	-0,32	0,7509	1,00 (1,00 - 1,00)
Nhĩ hoàn:Thời gian mắc bệnh	0,02	0,02	1,07	0,2868	1,02 (1,00 - 1,07)

Mô hình tương tác với mức độ nặng của bệnh được thể hiện trong Bảng 4. Không có sự tương tác đáng kể nào được ghi nhận (OR cho biến tương tác = 19,36; 95% CI: 0,15 - 2699,62; p = 0,213).

Bảng 4. Mô hình tương tác giữa nhóm điều trị và mức độ nặng

Biến số	Hệ số β	Sai số chuẩn	z value	p value	OR (95% CI)
(Intercept)	2,52	1,97	1,28	0,2016	12,43 (0,22 - 790,59)
Nhĩ hoàn (so với giả châm)	0,17	2,34	0,07	0,9422	1,19 (0,01 - 142,04)
Mức độ trung bình (so với nhẹ)	-2,96	2,01	-1,47	0,1410	0,05 (0,00 - 3,05)
Nam giới (so với nữ)	-0,52	0,46	-1,14	0,2536	0,59 (0,24 - 1,44)
Tuổi (mỗi năm)	-0,01	0,02	-0,78	0,4378	0,99 (0,95 - 1,02)
Lao động trí óc (so với không)	0,18	0,48	0,36	0,7163	1,19 (0,46 - 3,11)
Lao động chân tay (so với không)	-0,82	0,83	-0,98	0,3256	0,44 (0,08 - 2,11)
Thời gian mắc bệnh (mỗi tháng)	0,00	0,00	0,77	0,4428	1,00 (1,00 - 1,01)
Giai đoạn bán cấp (so với cấp)	-0,62	0,86	-0,72	0,4703	0,54 (0,10 - 2,91)
Giai đoạn mạn (so với cấp)	-2,10	1,07	-1,96	0,0502	0,12 (0,01 - 0,95)
SCORAD nền (mỗi điểm)	-0,02	0,04	-0,51	0,6081	0,98 (0,91 - 1,05)
Viêm mũi dị ứng (so với không)	-0,33	0,54	-0,61	0,5390	0,72 (0,24 - 2,05)
IgE nền (mỗi đơn vị)	-0,00	0,00	-0,33	0,7399	1,00 (1,00 - 1,00)
Nhĩ hoàn: Mức độ trung bình	2,96	2,38	1,25	0,2130	19,36 (0,15 - 2699,62)

Cuối cùng, Bảng 5 trình bày kết quả phân tích tương tác với giai đoạn bệnh. Mô hình này cho thấy các dấu hiệu bất ổn về mặt kỹ thuật, thể hiện qua sai số chuẩn rất lớn đối với các biến liên quan đến "giai đoạn mạn". Điều này gợi ý

hiện tượng phân tách hoàn toàn trong dữ liệu, khiến các ước lượng không đáng tin cậy. Tuy nhiên, giá trị p của các biến tương tác trong mô hình này đều rất cao ($p > 0,7$), cho thấy không có khả năng tồn tại một tương tác có ý nghĩa.

Bảng 5. Mô hình tương tác giữa nhóm điều trị và giai đoạn bệnh

Biến số	Hệ số β	Sai số chuẩn	z value	p value	OR (95% CI)
(Intercept)	1,65	1,99	0,83	0,4075	5,21 (0,08 - 314,69)
Nhĩ hoàn (so với giả châm)	2,39	1,51	1,58	0,1150	10,89 (0,71 - 364,27)
Giai đoạn bán cấp (so với cấp)	-0,98	1,28	-0,77	0,4441	0,38 (0,04 - 8,74)
Giai đoạn mạn (so với cấp)	-17,31	1575,25	-0,01	0,9912	0,00 (0,00 - NE)
Nam giới (so với nữ)	-0,52	0,45	-1,13	0,2567	0,60 (0,24 - 1,44)
Tuổi (mỗi năm)	-0,01	0,02	-0,81	0,4204	0,99 (0,95 - 1,02)
Lao động trí óc (so với không)	0,26	0,47	0,55	0,5853	1,29 (0,52 - 3,32)
Lao động chân tay (so với không)	-0,58	0,82	-0,71	0,4789	0,56 (0,10 - 2,64)
Thời gian mắc bệnh (mỗi tháng)	0,00	0,00	0,78	0,4351	1,00 (1,00 - 1,01)
SCORAD nền (mỗi điểm)	-0,03	0,04	-0,73	0,4663	0,97 (0,91 - 1,04)
Mức độ trung bình (so với nhẹ)	-1,36	1,62	-0,84	0,4011	0,26 (0,01 - 5,44)
Viêm mũi dị ứng (so với không)	-0,33	0,55	-0,59	0,5544	0,72 (0,24 - 2,10)
IgE nền (mỗi đơn vị)	-0,00	0,00	-0,29	0,7723	1,00 (1,00 - 1,00)
Nhĩ hoàn:Giai đoạn bán cấp	0,61	1,60	0,38	0,7019	1,84 (0,05 - 35,67)
Nhĩ hoàn:Giai đoạn mạn	15,51	1575,25	0,01	0,9921	$5,46 \times 10^6$ (0,00 - NE)

Tóm lại, qua cả 5 mô hình thăm dò, không có yếu tố nào được xác định là có khả năng làm thay đổi hiệu quả điều trị của liệu pháp nhĩ hoàn một cách có ý nghĩa thống kê. Điều này cho thấy lợi ích của can thiệp là nhất quán trên các phân nhóm người bệnh khác nhau được khảo sát.

IV. BÀN LUẬN

Phân tích thứ cấp thăm dò này cung cấp những hiểu biết ban đầu về các yếu tố ảnh hưởng đáp ứng điều trị với liệu pháp kết hợp nhĩ hoàn và bài thuốc Tiêu Phong Tán ở người bệnh VDCĐ nhẹ đến trung bình. Kết quả phân tích chỉ ra rằng nhóm điều trị và giai đoạn bệnh là các

yếu tố có thể ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị. Trong đó, việc kết hợp nhĩ hoàn cho thấy có khả năng làm tăng đáp ứng điều trị. Ngược lại giai đoạn bệnh mạn liên quan đến khả năng đáp ứng điều trị kém hơn so với giai đoạn cấp. Đáng chú ý, hiệu quả của việc phối hợp nhĩ châm đường như nhất quán trên các yếu tố nền khác nhau gồm độ nặng ban đầu, nồng độ IgE và thời gian mắc bệnh, tương ứng với các phân nhóm người bệnh khác nhau.

Kết quả của chúng tôi phù hợp với xu hướng bằng chứng gần đây về vai trò của châm cứu trong quản lý VDCĐ. Liang và cộng sự (2024) đã

chỉ ra rằng châm cứu có thể làm giảm đáng kể cường độ ngứa và cải thiện các chỉ số lâm sàng như SCORAD, đồng thời cải thiện chất lượng cuộc sống.³ Nghiên cứu của chúng tôi bổ sung thêm bằng chứng về nhĩ hoàn, cho thấy có lợi ích cộng gộp khi được tích hợp vào một phác đồ điều trị nền tảng bằng thảo dược. Bài thuốc Tiêu Phong Tán là một phương thuốc cổ phương kinh điển, đã được chứng minh trong thử nghiệm lâm sàng trước đây là có hiệu quả vượt trội so với giả dược trong việc giảm tổn thương da và ngứa ở người nhân VDCĐ.⁴

Phát hiện đáng chú ý của phân tích này là vai trò của giai đoạn bệnh như một yếu tố dự đoán độc lập. Việc người bệnh ở giai đoạn mạn tính đáp ứng kém hơn gợi ý rằng cơ chế sinh bệnh học và đặc điểm tổn thương da thay đổi theo thời gian, từ đó ảnh hưởng đến hiệu quả của can thiệp. Về mặt sinh lý bệnh, giai đoạn cấp tính của VDCĐ đặc trưng bởi đáp ứng miễn dịch Th2 mạnh, phù nề gian bào và tổn thương rỉ dịch. Trong khi ở giai đoạn mạn tính có sự thay đổi về cấu trúc da với hiện tượng dày sừng, lichen hóa và sự thâm nhiễm của một phổ rộng các tế bào miễn dịch, bao gồm cả sự khuếch đại của các đáp ứng Th1 và Th17 bên cạnh Th2. Những thay đổi cấu trúc và miễn dịch đã cố định này, cùng với sự tái cấu trúc của các sợi thần kinh cảm giác, tạo ra một vòng luẩn quẩn ngứa-gãi khó phá vỡ hơn.⁵ Từ đó có thể đặt giả thuyết rằng sự chuyển đổi từ một tình trạng viêm chức năng có thể điều chỉnh được (giai đoạn cấp) sang một tình trạng viêm đã định hình (giai đoạn mạn) tạo ra một rào cản đối với hiệu quả của các liệu pháp điều hòa như châm cứu. Bên cạnh đó, bài thuốc Tiêu Phong Tán được sử dụng để điều trị hội chứng bệnh phong thấp nhiệt, trong đó giai đoạn cấp và bán cấp thường có biểu hiện phong thấp nhiệt rõ ràng hơn như ngứa, sang thương đỏ, rỉ rích.¹ Do đó, hiệu quả của bài thuốc có thể đã bị suy giảm ở người bệnh trong giai đoạn mạn.

Một kết quả khác là việc không tìm thấy mối liên quan giữa độ nặng ban đầu, nồng độ IgE hoặc thời gian mắc bệnh với khả năng đáp ứng với can thiệp điều trị. Điều này có vẻ khác biệt so với nhiều nghiên cứu về các liệu pháp toàn thân hiện đại như thuốc sinh học, nơi các chỉ số này thường là yếu tố dự đoán quan trọng. Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi 2 giả thuyết. Thứ nhất, cơ chế tác động của nhĩ hoàn có thể rộng hơn, không chỉ nhắm vào con đường miễn dịch, mà có thể hoạt động thông qua đa tác động điều hòa trục thần kinh - nội tiết - miễn

dịch.⁶ Thứ hai, quần thể nghiên cứu của chúng tôi chỉ bao gồm người bệnh VDCĐ mức độ nhẹ đến trung bình, sự biến thiên hạn chế trong độ nặng ban đầu có thể làm giảm khả năng phát hiện mối liên quan. Sự độc lập của hiệu quả điều trị khỏi các đặc điểm nền cho thấy việc kết hợp liệu pháp nhĩ hoàn này có thể là một lựa chọn hữu ích cho một phổ rộng người bệnh VDCĐ, bao gồm cả những người với mức IgE khác nhau. Điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác cho thấy các liệu pháp YHCT cải thiện triệu chứng lâm sàng mà không nhất thiết làm thay đổi đáng kể nồng độ IgE trong huyết thanh.^{3,7} Do đó, việc chẩn đoán hội chứng YHCT có thể là một yếu tố định hướng điều trị quan trọng hơn là chỉ dựa vào các dấu ấn sinh học của y học hiện đại.

Nghiên cứu này có một số điểm mạnh, bao gồm việc dựa trên dữ liệu từ một thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên có thiết kế chặt chẽ, giúp tăng độ tin cậy của kết quả. Tuy nhiên, một số hạn chế cần được ghi nhận. Do đây là một phân tích thứ cấp có tính chất thăm dò (post-hoc), các kết quả cần được xem là giả thuyết cần kiểm chứng thay vì kết luận cuối cùng. Cỡ mẫu của nghiên cứu gốc có thể không đủ lớn để phát hiện các tương tác có ý nghĩa thống kê, điều này thể hiện rõ qua sự không hội tụ của mô hình phân tích tương tác với giai đoạn bệnh.

Về mặt lâm sàng, kết quả của chúng tôi ủng hộ việc kết hợp nhĩ hoàn vào phác đồ sử dụng Tiêu Phong Tán điều trị VDCĐ nhẹ đến trung bình với biểu hiện phong thấp nhiệt, đặc biệt ở người bệnh trong giai đoạn cấp hoặc bán cấp. Đối với người bệnh ở giai đoạn mạn tính, cần nhận thức rằng người bệnh có thể đáp ứng kém hơn và cần các chiến lược điều trị tích cực hơn. Các nghiên cứu tiến cứu trong tương lai với cỡ mẫu lớn hơn nên được thiết kế đặc biệt để xác nhận vai trò của giai đoạn bệnh như một yếu tố dự đoán. Hơn nữa, việc khám phá các dấu ấn sinh học khác ngoài IgE, như các cytokine hoặc chemokine, có thể giúp xây dựng các mô hình dự đoán chính xác hơn.⁸

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy loại can thiệp và giai đoạn bệnh là những yếu tố độc lập có liên quan đến khả năng đáp ứng điều trị. Cụ thể, người bệnh được điều trị bằng nhĩ hoàn kết hợp có đáp ứng tốt hơn, trong khi người bệnh ở giai đoạn mạn lại ít có khả năng cải thiện hơn so với giai đoạn cấp. Lợi ích của việc phối hợp nhĩ hoàn

nhất quán với các yếu tố nền khác nhau bao gồm mức độ nặng ban đầu, nồng độ IgE và thời gian mắc bệnh. Điều này ủng hộ việc áp dụng rộng rãi nhĩ hoàn cho nhiều đối tượng, đặc biệt ở giai đoạn sớm của bệnh. Những phát hiện này cung cấp giả thuyết ban đầu cho việc cá thể hóa điều trị và cần được xác nhận trong các nghiên cứu tiền cứu trong tương lai.

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi trân trọng cảm ơn tập thể Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh – Cơ sở 3 và Bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh đã hỗ trợ quý báu trong công tác tuyển chọn người bệnh, điều trị và theo dõi trong suốt thời gian nghiên cứu. Chúng tôi cũng xin gửi lời tri ân chân thành đến tất cả người bệnh đã tình nguyện tham gia nghiên cứu này.

Nghiên cứu được tài trợ kinh phí bởi Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo Hợp đồng thực hiện đề tài nghiên cứu khoa học số 270/2025/HĐ-ĐHYD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chen YC, Lin YH, Hu S, Chen HY.** Characteristics of traditional Chinese medicine users and prescription analysis for pediatric atopic dermatitis: a population-based study. *BMC Complement Altern Med.* Jun 8 2016;16:173. doi:10.1186/s12906-016-1158-1
2. **Tran NT, Tran AH, Trinh D-TT.** Efficacy of herbal medicine Xiao-Feng-San combined with auricular acupuncture for atopic dermatitis: A randomized controlled trial. *Integrative Medicine Research.* Available online 23 September 2025;101256. doi: 10.1016/j.imr.2025.101256
3. **Liang S, Huang KY, Zhang L, Li M, Gu HH, Chen NG.** Acupuncture for atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* Dec 5 2024;14(12): e084788. doi:10.1136/bmjopen-2024-084788
4. **Cheng HM, Chiang LC, Jan YM, Chen GW, Li TC.** 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.* 2011;155(2):141-8. doi:10.1159/000318861
5. **Nakahara T, Kido-Nakahara M, Tsuji G, Furue M.** Basics and recent advances in the pathophysiology of atopic dermatitis. *J Dermatol.* Feb 2021;48(2):130-139. doi:10.1111/1346-8138.15664
6. **Guo K, Lu Y, Wang X, et al.** Multi-level exploration of auricular acupuncture: from traditional Chinese medicine theory to modern medical application. *Front Neurosci.* 2024;18: 1426618. doi:10.3389/fnins.2024.1426618
7. **Cai X, Sun X, Liu L, et al.** Efficacy and safety of Chinese herbal medicine for atopic dermatitis: Evidence from eight high-quality randomized placebo-controlled trials. *Front Pharmacol.* 2022;13:927304. doi:10.3389/fphar.2022.927304
8. **Hartmann D, Retamal C, Valenzuela F.** Precision medicine and Treat-to-Target approach in atopic dermatitis: enhancing personalized care and outcomes. *An Bras Dermatol.* Jul-Aug 2025;100(4): 501135. doi:10.1016/j.abd.2025.501135