https://nhathuocngocanh.com/

PEEL HÓA CHẤT VÀ CÁC THỦ THUẬT TRONG THẨM MỸ DA

Tác giả:
Maria Claudia Almeida Issa
Bhertha Tamura
Biên dịch:
Bs. Phạm Tăng Tùng

https://nhathuocngocanh.com/

Foreword

When I received the invitation from Maria Claudia Issa, M.D., Ph.D., and Bhertha Tamura, M.D., Ph.D., to write one of the chapters of this marvelous book, I was very happy. Later, upon receiving the mission to write the prologue of this book, whose editors, with numerous publications in the international scientific field of cosmetic dermatology, dignify the Brazilian dermatology, left me extremely honored. In this book, some of the leading medical doctors and research scientists from Brazil and from all over the world present their professional experience in the cosmetic dermatology area.

Cosmetic dermatology is constantly evolving. Procedures for rejuvenating the skin are actively sought by people, nowadays. As dermatology grows as a specialty, an increasing proportion of dermatologists will become proficient in the delivery of different procedures. Even those who do not perform cosmetic procedures must be well versed in the details to be able to guide their patients. Numerous major advances in the field of the cosmetic dermatology area, including botulinum exotoxin, soft tissue augmentation, chemical peels, cutaneous

lasers, light source–based procedures, and the state of the art of dermatologicand cosmetic prescriptions, have been developed and enhanced by dermatologists and plastic surgeons.

Cryotherapy and electrosurgery are routinely used to remove unaesthetic lesions, contributing with skin rejuvenation. Peelings are still a very important tool in the armamentarium of the dermatology. Very interesting results in the treatment of photoaging can be obtained with relatively low cost. However, accuracy in its management as well as the knowledge of possible complications and their management are of extreme importance. In this volume, the different types of peelings are thoroughly scattered as well as innovations in this well-established area.

The series Clinical Approach and Procedures in Cosmetic Dermatology offers a wonderful and embracing text. It was a pleasure to contribute in this unique book with so many well-renowned authors.

This work project is a text certainly of inestimable value for those who wish to deepen their knowledge in the field of cosmetic dermatology.

Hoping that you will enjoy learning a lot from this book!

Monica Manela Azulay

https://nhathuocngocanh.com/

Preface

Nowadays, life expectation had increased and for a better quality of life, people are looking for beauty, aesthetics, and health. Dermatologists and plastic surgeons who work with cosmetic dermatology can help patients to maintain a healthy and youthful skin. Topical and oral treatments associated with fullface procedures using peelings, lasers, fillers, and toxins are increasingly being used, successfully substituting or postponing the need for plastic surgeries. This series of book is very special among other ones already published as it encompasses all subjects related to this area of dermatology. All authors are experts in the field of cosmetic dermatology. Literature review and its correlation with authors' experience is a differential feature of this work.
This work had been divided into four volumes due to the breadth of the subjects, which cover skin anatomy and histopathology, physiology, patient's approaches, common cosmetic dermatosis, topical and oral treatments, and cosmetic procedures.

In Chemical and Physical Procedures, Prof. Maria Issa, Prof. Bhertha Tamura, and collaborators provide the applicability and benefits of physical and chemical procedures in cosmetic dermatology. Here, the use of superficial, medium, and deep peelings; cryotherapy; and electrosurgery are discussed in detail. These procedures are commonly used to treat unaesthetic lesions, which cannot be treated with topical or oral approaches, offering a rejuvenated appearance. Indications, contraindications, complications, and its management are also reported.

The Clinical Approach and Procedures in Cosmetic Dermatology was prepared to be a guide in cosmetic dermatology. It can be considered a complete encyclopedia in the field of cosmetic dermatology and, for this reason, it is extremely useful for those who already work with cosmetic dermatology as well as for beginners in this field. This is a new reference work project, and we are delighted to have you on board.

Maria Claudia Almeida Issa
Bhertha Tamura

https://nhathuocngocanh.com/

Cuốn sách: " **Peel hóa chất và các thủ thuật trong thẩm mỹ da**" được chuyển ngữ từ tiếng Anh sang tiếng Việt từ cuốn "**Chemical and physical Procedures**" của nhóm tác giả ***Maria Claudia Almeida Issa Bhertha Tamura*** cùng cộng sự - bởi Bs Phạm Tăng Tùng cùng sự hỗ trợ nhóm E-bacsy.

Đây là cuốn sách thứ hai nằm trong nhóm dự án "**Thư viện sách thẩm mỹ Tiếng Việt**" của nhóm. Bản quyền cuốn sách thuộc về nhà xuất bản Springer và bản quyền dịch thuộc về bác sỹ Phạm Tăng Tùng cùng nhóm E-bacsy.

Với mục tiêu giới thiệu những cuốn sách thẩm mỹ nổi tiếng trên thế giới, vừa đảm bảo nội hàm kiến thức chuyên môn cao vừa có giá trị áp dụng trên lâm sàng, chúng tôi đã nỗ lực hết mình trong quá trình tìm kiếm, lựa chọn đầu sách, đồng thời chuyển ngũ bám sát nội dung sách gốc với cách diễn đạt dễ hiểu nhất. Tuy vậy cũng không tránh khỏi sai sót trong quá trình biên soạn. Rất mong nhận được ý kiến đóng góp từ độc giả và quý đồng nghiệp để nhóm tiếp tục hoàn thiện hơn trong những lần sau và trong những tác phẩm sắp tới.

Mọi ý kiến đóng xin gửi vào địa chỉ mail:
tunyduoc1218@gmail.com
Fanpage: https://www.facebook.com/yhocvn2/
Website: E-bacsy.com

Chân thành cám ơn sự ủng hộ của quý đồng nghiệp
Thay mặt nhóm dịch E-bacsy.
Bs Phạm Tăng Tùng

https://nhathuocngocanh.com/

https://nhathuocngocanh.com/

Phụ lục

Phần I: Peel Nông, Peel Trung Bình và Peel Sâu

Chương 1: Peel Retinoic Acid

- Giới thiệu
- Lịch sử của lột da bằng retinoic acid
- Cơ chế hoạt động
- Chỉ định
- Chống chỉ định
- Phân loại lột da hóa học lớp nông
- Chuẩn bị bệnh nhân, các sử dụng và liều lượng
- Sau lột da
- Tác dụng phụ và cách xử lí
- Ghi nhớ

Chương 2: Peel Glycolic Acid

- Giới thiệu
- Glycolic acid peel
- Độ mạnh và liều lượng của peel
- Chỉ định
- Chống chỉ định
- Cơ chế hoạt động
- Đánh giá tiền peel
- Vật liệu, dụng cụ cần thiết
- Thực hành peel
- Chuẩn bị da
- Thủ thuật làm sạch
- Bôi acid
- Trung hòa
- Chăm sóc sau peel
- Biến chứng
- Liệu pháp phối hợp
- Peel bằng GA và TCA
- Dung dịch Jessner và peel GA
- Ưu điểm và nhược điểm của peel bằng Glycolic acid
- Ghi nhớ

https://nhathuocngocanh.com/

Chương 3: Peel Salicylic Acid
- Giới thiệu
- Peel bằng salicylic acid (SA)
- Định nghĩa
- Chỉ định và chống chỉ định
- Công thức peel SA
- Tiền thủ thuật
- Thủ thuật
- Sau thủ thuật
- Biến chứng và xử lí
- Kết luận
- Ghi nhớ

Chương 4: Peel Pyruvic Acid
- Giới thiệu
- Chỉ định và hạn chế
- Lựa chọn bệnh nhân và chuẩn bị da
- Phương pháp bôi
- Lựa chọn độ mạnh dung dịch pyruvic acid
- Điều trị phối hợp
- Quá trình lành và chăm sóc sau peel
- Ghi nhớ

Chương 5: Peel Dung Dịch Jessner
- Giới thiệu
- Công thức peel và cơ chế tác động
- Lựa chọn bệnh nhân
- Chuẩn bị trước thủ thuật
- Tiến hành thủ thuật
- Chăm sóc da sau thủ thuật
- Biến chứng và tác dụng phụ
- Ghi nhớ

Chương 6: Phối Hợp Các Loại Peel Nông
- Giới thiệu
- Chỉ định và hạn chế
- Phối hợp với các loại peel và hóa chất khác.
- Phối hợp với Q-switched Nd-YAG laser
- Phối hợp với IPL
- Sạm da ánh sáng, tàn nhan và tăng sắc tố sau viêm
- Mụn
- Phối hợp với laser vi điểm xâm lấn.
- Ghi nhớ

https://nhathuocngocanh.com/

Chương 7: Peel Trichloroacetic Acid
- Giới thiệu
- Chỉ định
- Chống chỉ định
- Peel bằng trichloroacetic
- Peel trung bình bằng trichloroacetic
- Chăm sóc sau peel
- Lợi ích của peel trung bình của TCA
- Biến chứng peel trung bình
- Những biến chứng khác
- Ghi nhớ

Chương 8: Phối hợp Peel TCA
- Giới thiệu
- Peel TCA
- Lão hóa ánh sáng
- Peel nông và rất nông bằng TCA
- Peel trung bình bằng TCA
- Phối hợp TCA
- Peel hóa chất và dày sừng ánh sáng
- Kết luận
- Ghi nhớ

Chương 9: Peel Sâu Bằng Dung Dịch Phenol
- Giới thiệu
- Lịch sử
- Peel phenol-dầu Croton: độc tính
- Phương pháp peel sâu
- Chất trung hòa phenol
- Chỉ định
- Chống chỉ định
- Chuẩn bị trước peel
- Kĩ thuật (peel phenol toàn bộ mặt)
- Tiến triển
- Phối hợp peel sâu và phẫu thuật thẩm mỹ
- Biến chứng
- Mô học
- Ghi nhớ

Chương 10: Peel Phối Hợp Phenol-Dầu Croton
- Giới thiệu
- Chỉ định và hạn chế
- Lựa chọn bệnh nhân và chuẩn bị da
- Quá trình lành vết thương và chăm sóc sau peel
- Độ mạnh và chuẩn bị công thư phenol-dầu croton

https://nhathuocngocanh.com/

- Phối hợp với các loại peel hóa chất khác
- Phối hợp với tiêm botox A
- Phối hợp với filler
- Phối hợp với laser
- Ghi nhớ

Chương 11: Peel Hóa Chất Vùng Da Ngoài Mặt

- Giới thiệu
- Các hóa chất peel chính và chỉ định
- Chăm sóc đặt biệt sau thủ thuật
- Biến chứng
- Kết luận
- Ghi nhớ

PHẦN II: NHỮNG VẤN ĐỀ ĐẶT BIỆT TRONG PEEL HÓA CHẤT

Chương 12: Peel Hóa Chất Cho Người Có Da Tối Màu

- Giới thiệu
- Lịch sử và khái niệm
- Các loại peel
- Chỉ định và mẹo thực hành
- Lựa chọn bệnh nhân
- Trước khi peel
- Thủ thuật peel
- Sau peel
- Tác dụng phụ
- Ghi nhớ

Chương 13: Những Đổi Mới Trong Peel Nông

- Giới thiệu
- Lịch sử
- Khái niệm cơ bản
- Chỉ định và chống chỉ định
- Lựa chọn bệnh nhân
- Chuẩn bị trước peel
- Chăm sóc đặc biệt
- Hóa chất peel
- Peel phối hợp
- Các loại peel phối hợp khác
- Tác dụng phụ và cách xử lí
- Ghi nhớ

Chương 14: Xử Lí Biến Chứng Trong Peel Hóa Chất

- Giới thiệu
- Những biến chứng có thể xảy ra đối với tất cả loại peel
- Biến chứng riêng đối với từng loại peel

https://nhathuocngocanh.com/

- Kết luận
- Ghi nhớ
- Tham khảo

Chương 15: Kinh Nghiệm Cá Nhân Của Tác Giả Trong Peel Hóa Chất

- Giới thiệu
- Những vấn đề cơ bản của peel hóa chất
    - Hóa học
    - Hóa chất peel
    - Nồng độ
    - PH và nhiệt độ
    - Dung môi
    - Da
    - Chất bã
    - Phân loại da
    - Quá trình bôi
    - Dụng cụ bôi
    - Bôi vùng rìa
    - Loại bỏ acid sau peel
    - Chuẩn bị phòng peel
    - Tính an toàn
- Chỉ định của peel hóa chất
- Học về peel hóa chất
- Ghi nhớ

PHẦN III: CÁC THỦ THUẬT VẬT LÝ TRONG THẨM MỸ DA

Chương 16: Kích Thích Tăng Sinh Collagen Bằng Lăn Kim Vi Điểm

- Giới thiệu
- Nguyên lí của PCIM
- Đặc điểm của PCIM
- Thủ thuật: quy trình thực hiện và xử lí
- Kết luận
- Ghi nhớ

Chương 17: Ứng Dụng Cryotherapy Trong Thẩm Mỹ

- Giới thiệu
- Nguyên lí cơ bản
- Kĩ thuật và dụng cụ
- Chuẩn bị trước thủ thuật/ lựa chọn bệnh nhân
- Chống chỉ định
- Chỉ định của cryotherapy
- Chăm sóc sau thủ thuật và theo dõi
- Tác dụng phụ và biến chứng

https://nhathuocngocanh.com/

- Kết luận
- Ghi nhớ

Chương 18: Ứng Dụng Điện Phẫu Thuật Trong Các Thủ Thuật Thẩm Mỹ

- Giới thiệu
- Cơ chế hoạt động
- Lịch sử
- Phương thức phẫu thuật điện
- Ứng dụng lâm sàng của phẫu thuật điện
- Sấy điện
- Đông điện
- Đốt bằng tia điện
- Cắt điện
- Phẫu thuật bằng điện một chiều
- Dao đốt điện
- Điện cực mổ
- Thủ thuật phẫu thuật điện
- Ứng dụng lâm sàng
- Nguy cơ
- Vô trùng
- Ưu điểm
- Nhược điểm
- Chăm sóc sau phẫu thuật
- Tác dụng không mong muốn
- Biến chứng
- Ghi nhớ

https://nhathuocngocanh.com/

Phần I

Peel Nông, Peel Trung Bình và Peel Sâu

https://nhathuocngocanh.com/

Chương 1

Peel bằng Retinoic Acid

Heloisa Hofmeister

Tóm tắt

Lột da hóa học (chemical peel) có thể được định nghĩa là phương pháp tạo ra "vết thương có kiểm soát" trên da được thực hiện bởi bác sĩ da liễu cho nhiều mục đích khác nhau. Lột da hóa học được chia thành lột da lớp nông, trung bình và sâu tùy vào mức độ ăn sâu của dung dịch hóa chất. Peel lớp sâu nhất sẽ cho hiệu quả tốt nhất, nhưng cũng có thể để lại những biến chứng nặng nhất. peel nông là một thủ thuật có lợi giúp cải thiện vẻ bề ngoài của da cho kết quả nhanh và ít hoặc không cần thời gian hồi phục. Phương pháp này phù hợp với mọi loại da. Retinoic acid là hoạt chất được dùng trong điều trị mụn từ những năm 1960 và trong điều trị lão hóa da từ những năm 1980. Da lão hóa đặc trưng bởi sự xuất hiện các nếp nhăn, đốm tăng sắc tố, to lỗ chân lông, chảy sệ, da trở nên tối sạm và những thay đổi khác. Trong những thập niên trở lại đây, retinoic acid đã được sử dụng ở nồng độ cao trong peel nông như là một phương pháp hiệu quả và an toàn cho các bác sĩ da. Chương này sẽ giới thiệu đến bạn các giai đoạn và hướng dẫn kĩ thuật peel từng bước một dựa trên y văn và kinh nghiệm thực hành cá nhân hơn 30 năm của tôi.

Nội dung

- Giới thiệu
- Lịch sử của lột da bằng retinoic acid
- Cơ chế hoạt động
- Chỉ định
- Chống chỉ định
- Phân loại lột da hóa học lớp nông
- Chuẩn bị bệnh nhân, các sử dụng và liều lượng
- Sau lột da
- Tác dụng phụ và cách xử lí
- Ghi nhớ
- Tham khảo

Giới thiệu

Trong những thập kỉ gần đây, người ta đã phát triển nhiều phương pháp điều trị đối với da lão hóa. Những quan niệm mới và hiểu biết nhiều hơn về quá trình lão hóa đã tạo ra những thay đổi lớn trong nhưng phương pháp điều trị mà các bác sĩ da áp dụng cho bệnh nhân của họ. Với những công

https://nhathuocngocanh.com/

nghệ mới của laser và ánh sáng, sóng cao tần RF, sóng siêu âm, công nghệ trẻ hóa và làm thon gọn 3D, botox, căng da mặt bằng chỉ và các phương pháp tăng sinh collagen là những công cụ luôn được đổi mới và sáng tạo. Tuy nhiên có một thủ thuật hầu như vẫn giữ nguyên kể từ lúc nó được ứng dụng đó là lột da. Trong những năm gần đây, số lượng các ca lột da ngày càng tăng. Theo báo cáo thống kê phẫu thuật thẩm mỹ của Hội Phẫu Thuật Thẩm Mỹ Hoa Kỳ (2014), có 1,2 triệu ca lột da hóa chất được thực hiện trong năm 2014 ở Mỹ, tăng 7% so với năm 2013. Phương pháp này ngày càng trở nên phổ biến. Phương pháp này có thể thúc đẩy sự đổi mới của các lớp tế bào và làm tăng sinh collagen. Peel lớp nông bề mặt có thể giúp da sạch và sáng chỉ trong vài ngày. Đây là một thủ thuật tương đối đơn giản và tiết kiệm đối với các bác sĩ da. Kết quả tốt nhất đạt được khi lột da nhiều lần trong một khoảng thời gian ngắn.

Lịch sử của lột da bằng retinoic acid

Retinoic hay retinoin đã được sử dụng để điều trị mụn trong nhiều năm trước đây nhờ vào khả năng tiêu cồi mụn của nó. Chất này được sử dụng trong điều trị comedones ánh sáng (Kligman.1971), naevus comedonicus (Decherol. 1972), và cho acne aestivalis (mụn mùa hè) (Mills và Kligman 1975). Vào năm 1983, Cordero đã đăng bài báo đầu tiên sau khi quan sát thấy sự cải thiện đáng kể của những nếp nhăn quanh mắt ở bệnh nhân được điều trị comedones ánh sáng (Cordero 1983) với retinoic acid. Liều được ông sử dụng tại thời điểm đó là 0.005-0.01% với kết quả thu được tốt và tăng dần mà nhiều năm sau đó được biết đến rộng rãi. Vào năm 1986, Kligman đưa ra những bằng chứng mô học chứng minh cho hiệu quả trẻ hóa da của retinoic acid trong một bài báo trên tạp chí Journal of the American Academy of Dermatology (Kligman. 1986). Retinoic acid đã trở thành hoạt chất tốt nhất và được sử dụng phổ biến nhất cho điều trị tổn thương do ánh sáng mặt trời, và vẫn là chất đứng đầu hiện nay cho mục đích này. Vào những năm 1990, nó được sử dụng như là một chất lột da khi phối hợp với trichloroacetic acid 35% trong lột da trung bình giúp tạo một lớp frosting (lớp da bị bạc trắng do tác động của acid) đồng nhất hơn và làm giảm thời gian phục hồi sau peel (Brody. 2000). Theo thời gian, lột da bằng retinoic acid ngày càng được sử dụng cho nhiều chỉ định khác nhau.

Cơ chế hoạt động

"Cơ chế hoạt động của lột da, ngay cả khi chỉ tác động lên lớp thượng bì, là khả năng kích thích sự tái sinh thông qua những con đường chưa được biết đến xảy ra trong lớp bì" (Fisher 2010)

Chúng ta đều biết được rằng cơ chế hoạt động của retinoic acid thông qua bào mòn lớp sừng, đảo ngược các tế bào bất điển hình ở lớp thượng bì, kích thích sự tích lũy collagen ở lớp bì, tăng tích lũy glycosaminoglycans, và tăng sinh mạch máu (Yokomizo. 2013)

Retinoic acid có khả năng giúp tăng sinh collagen và thúc đẩy đổi mới tế bào trong quá trình thay thế của các

https://nhathuocngocanh.com/

tế bào keratin. Nó còn là chất tiêu cồi mụn, và giảm sắc tố thông qua việc ức chế tyrosinosis và TIRP-1. Ngoài ra còn có những cơ chế khác liên quan tới hoạt hóa các phân tử receptor nhân tế bào của retinoic acid (RARα, RARβ, và RARγ) (Baldwin. 2010).

Chỉ định

Lột da bằng retinoic acid có thể giúp cải thiện da bị tổn thương do ánh nắng, làm mịn da, dày sừng ánh sáng, melanosis ánh sáng, tàn nhang, da đốm Civatte, vết rạn da, mụn, dày sừng nang lông, và rám má.

Chống chỉ định

Lột da bằng retinoic acid tránh dùng trong trường hợp mang thai, tiền sử mẫn cảm với retinoic acid, giãn mạch và trứng cá đỏ (rosacea).

Phân loại lột da nông

Lột da nông sẽ làm bong những lớp thượng bì phía trên mà không đi vượt quá lớp đáy (basal layer) thượng bì.

Lột da nông có thể chia thành "rất nông" chỉ loại bỏ lớp sừng (độ sâu= 0.06mm), và "nông" gây bong tróc từ lớp hạt đến lớp đáy (độ sâu = 0.45 mm) (Yokomino. 2013). Độ sâu của peel nông (hoặc bất kì loại peel nào) phụ thuộc vào loại da, chuẩn bị da trước điều trị, nồng độ retinoic acid, dung môi, và kĩ thuật bôi retinoic acid lên da. Độ sâu của peel sẽ quyết đinh quá trình lành sau peel với hoặc không có downtime (thời gian hồi phục), đỏ da ít, và bong da nhẹ hoặc nếu peel đến lớp đáy thì có thể cần ít downtime, sạm da vùng điều trị và bong da nhiều hơn. Phải tư vấn phản ứng sau peel và thời gian phục hồi cho bệnh nhân cũng như lấy phiếu đồng ý trước khi làm thủ thuật.

Chuẩn bị bệnh nhân, hướng dẫn sử dụng và liều lượng

Đối tượng bệnh nhân lí tưởng là những người trước đây được điều trị hàng ngày bằng retinoic acid theo hướng dẫn của bác sĩ da. Mục đích của pha tiền điều trị là để chuẩn bị da cho quá trình peel và để theo giỏi trong pha tái tạo. Để đạt được điều này, tretinoin thường được bôi trước đó 1 tháng vì tác động của nó lên da sẽ giúp quá trình peel thấm tốt hơn, từ đó cho kết quả tốt hơn. Hơn nữa, việc chuẩn bị bệnh nhân với tretinoin còn giúp thúc đẩy quá trình lành sau thủ thuật. Để phòng ngừa tăng sắc tố sau viêm, cần bôi chống nắng hàng ngày để ức chế quá trình tăng sinh melamin lớp thượng bì (Fischer. 2010).

Đối với người có màu da tối, phân loại Fitzpatrick 3 trở lên, thường có xu hướng tăng sắc tố sau peel. Những người này phải được điều trị với hydroquinone hoặc những hoạt chất được chấp nhận khác ít nhất 3 tuần trước khi làm thủ thuật. Những chất này có thể được sử dụng vào ban ngày, thậm chí là ở bãi biển, bể bơi cùng với một loại chống nắng phù hợp. Hydroquinone hiếm khi gây ra dị ứng, những cũng thường xuyên gây ra viêm da kích ứng nếu bệnh nhân bôi một lớp quá dày. Do đó, nó phải được sử dụng với lượng tối thiểu "gần như không" như tôi thường khuyên bệnh nhân của mình. Với nám má, chất này có thể dùng đến 3 lần trong một ngày.

https://nhathuocngocanh.com/

Kết quả đạt được rất ấn tượng và chúng tôi cho rằng hydroquinone là tiêu chuẩn vàng đối với nám má! Điều trị với hydroquinone để chuẩn bị da trước peel khiến thủ thuật này trở nên an toàn hơn. Tuy nhiên, phải đảm bảo mua những sản phẩm này từ một nhà thuốc mà bạn tin tưởng. Một công thức sai của hydroquinone như monobenzylether có thể gây ra thảm họa như mất sắc tố vĩnh viễn, thậm chí lan ra ngoài vùng điều trị. Cần phải hướng dẫn bệnh nhân đến một địa chỉ nhà thuốc uy tín.

Bệnh nhân cần phải được hiểu về những gì sẽ xảy ra trong và sau thủ thuật cũng như tầm quan trọng của dùng chống nắng hàng ngày.

Dù là peel nông, cũng cần phải dự phòng nhiễm herpes. Lấy kĩ bệnh sử của bệnh nhân và nếu bệnh nhân có tiền sử nhiễm herpes thì cần điều trị kháng virus với valacyclovir 500mg 12/12h trong 5 ngày trước khi peel.

Trong quá trình peel, cần giữ im phòng thủ thuật im lặng, nên mở nhạc thư giãn và tạo môi trường thân thiện, nhiệt độ mát mẻ. Bệnh nhân phải được đội mũ dùng một lần, và mang áo quần thỏa mái, bác sĩ phải đi găng tay. Cần tạo ra sự thỏa mái cho bệnh nhân.

Nồng độ retinoic acid sử dụng trong peel từ 3% đến 12%. Nồng độ thường dùng và an toàn nhất là 5%. Một nghiên cứu được xuất bản năm 2011 cho thấy không có sự khác biệt trong kết quả điều trị nám má giữa hai nồng độ 5% và 10% (Magalhães. 2010). Dung dịch có thể được bào chế với gel, lotion, hoặc cream của propilenoglycol. Dung môi phổ biến nhất là propilenogycol và màu của dung dịch là màu vàng nhạt. Dung dịch lột da retinoic acid có thể được pha chế bởi dược sĩ với các tông màu da để tạo ra retinoic acid có màu vàng đậm tự nhiên. Retinoic acid có thể được bôi nhẹ nhàng bằng bút lông mềm dùng một lần và có thể bôi lên toàn bộ vùng da cần điều trị. Trong quá trình bôi dung dịch thì bệnh nhân sẽ không cảm thấy đau, tuy nhiên một số bệnh nhân có da nhạy cảm có thể cảm thấy hơi châm chích. Bệnh nhân phải giữ dung dịch ở trên mặt ít nhất 6h và sau đó rửa sạch. Trong ngày tiếp theo, bệnh nhân có thể bị đỏ da từ nhẹ đến nặng tùy vào độ sâu của peel nông.

Độ sâu của peel phụ thuộc vào độ dày của thượng bì, mật độ nang lông, mức độ tổn thương ánh sáng, giới tính (da của nam dầu hơn, cản trở sự thâm nhập), kiểu da, mức độ kết dính của hàng rào thượng bì, và sự chuẩn bị trước đó của da (Yokomino. 2013).

Tẩy nhờn của da là then chốt để kiểm soát độ sâu và sự đồng nhất của bất kì loại peel nào, và nó cũng không có sự khác biệt đối với peel da bằng retinoic acid. Có thể tẩy nhờn cho da bằng cách chà mạnh với gạc thấm dung dịch Hoffman và chất này sẽ gây đỏ da tức thì sau khi peel. Với da dày hơn thì đây là một phương pháp tốt để peel. Cách này sẽ gây bong da nhiều hơn sau thủ thuật, và làm da nhìn tối hơn ngay trước khi bắt đầu peel. Bệnh nhân cần phải nhận thức được những nguy cơ cụ thể có thể xảy ra sau điều trị như làm xấu đi tình trạng giãn mạch và trứng cá đỏ (rosacea). Cũng có thể tẩy nhờn ở da bằng gạc thấm alcohol mà không cần phải chà, retinoic acid

https://nhathuocngocanh.com/

sau đó được bôi như cách được mô tả ở trên.

Trong điều trị vết rạn da, chà gạc là rất quan trọng để hoạt tính của retinoic acid đi sâu hơn vào da. Đối với chỉ định này và với da tổn thương ánh sáng, peel có thể được thực hiện sau vi mài da (microdermabrasion) hoặc laser vi điểm (fractional laser) để làm tăng hiệu quả. Đối với rạn da, vùng được điều trị có thể được phủ bởi một lớp film PVC để làm tăng hiệu quả của peel.

Sau lột da

Bệnh nhân giữ lớp bôi retinoic acid ít nhất 6h, sau đó được hướng dẫn để rửa sạch dung dịch retinoic acid với nước và xà phòng nhẹ. Trong tuần tiếp theo, sử dụng chống nắng hàng ngày là bắt buộc. SSau mỗi lần peel nông, cần dùng dưỡng ẩm để tăng hiệu quả điều trị.

Tác dụng không mong muốn và cách xử lí

Lột da bằng retinoic acid có thể gây đỏ da nặng, đặc biệt trong trường hợp da mỏng và da được tẩy nhờn. Trong trường hợp này, có thể cho bệnh nhân dùng corticosteroid nhẹ bôi trong vài ngày để làm giảm triệu chứng. Đỏ da kéo dài hiếm gặp và nếu xảy ra, sử dụng corticosteroid halogen hóa dưới sự giám sát nghiêm ngặt của bác sĩ da vì quá trình viêm có thể dẫn đến tăng sắc tố sau viêm.

Ghi nhớ

1. Lột da bằng retinoic acid là phương pháp được đánh giá cao và được sử dụng thường xuyên bởi các bác sĩ da.

2. Nếu chưa có kinh nghiệm trong làm thủ thuật này, cần phải lưu ý.

3. Luôn chụp ảnh trước và sau thủ thuật; yêu cầu bệnh nhân đến phòng khám để kiểm tra hàng ngày cho đến khi cảm thấy ổn.

4. Đây là phương pháp tương đối đơn giản và an toàn, nếu bệnh nhân được hướng dẫn cẩn thận và tạo được mối quan hệ tốt giữa bệnh nhân-bác sĩ, họ sẽ cảm thấy hài lòng và thỏa mãn hơn.

Tài liệu tham khảo

• 2014 Plastic Surgery Statistics. http://www.plasticsurgery. org/Documents/news-resources/statistics/2014-statistics/ plastic-surgery-statsitics-full-report.pdf. Accessed 05 Apr 2016.

• Baldwin HE, Nighland M, Kendall C, Mays DA, Grossman R, Newburger J. 40 years of topical tretinoin use in review. Br J Dermatol. 2010;163(6):1157–65.

• Brody HJ, et al. A history of chemical peeling. Dermatol Surg. 2000;26:405–9.

• Cordero Jr A. La vitamina a acida em la piel senil. Actualizaciones Terapéuticas Dermatológicas. 1983;6:49–54.

• Decherol JW, Mills O, Leyden JJ. Naevus comedonicus – treatment with retinoic acid. Br J Dermatol. 1972; 86(5):528–9.

• Fischer TC, Perosino E, Poli F, Viera MS, Dreno B, Cosmetic Dermatology European Expert Group. Chemical peels in aesthetic dermatology: an

https://nhathuocngocanh.com/

update 2009. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2010;24(3): 281–92.

• Kligman AM. Photoaging:manifestations, prevention and treatment. Dermatol Clin. 1986;4(3):517–28.

Kligman AM, Plewig G, Mills Jr OH. Topically applied tretinoin for senile (solar) comedones. Arch Dermatol. 1971;104(4):420–1.

• Kligman AM, Grove GL, Hirose R, Leyden JJ. Topical tretinoin for photoaged skin. J Am Acad Dermatol. 1986;4:836–59.

• Magalhães GM, Borges MF, Querioz ARC, Capp AA, Pedrosa SV, Diniz MS. Double-blind randomized study of 5% and 10% retinoic acid peels in the treatment of melasma: clinical evaluation and impact on the quality of life. Surg Cosmet Dermatol. 2011;3(1):17–22.

• Mills OH, Kligman AM. Acne aestivalis. Arch Dermatol. 1975;111(7):891–2.

• Yokomizo VMF, Benemond TMH, Chisaki C, Benemond PH. Chemical peels: review and practical applications. Surg Cosmet Dermatol. 2013;5(1):58–68.

https://nhathuocngocanh.com/

Chương 2

Lột da bằng Glycolic Acid

Denise Steiner and Mirella G. Pascini

Tóm tắt

Lột da (peel) là một trong những thủ thuật lâu đời và phổ biến nhất trong ngành da liễu thẩm mỹ trên thế giới. Lột da hóa học được chia thành lột da nông, trung bình và sâu tùy vào mức độ xâm nhập của dung dịch lột da. Peel bằng glycolic acid (GA) được sử dụng nhiều nhất trong các loại peel bằng alpha hydroxyl acid (AHA) để peel rất nông, nông và thậm chí là peel ở độ sâu trung bình, bệnh nhân có thể dung nạp tốt tất cả những hình thức peel này mà không gây ra ngộ độc hệ thống. Peel bằng GA đã được sử dụng như là một liệu pháp kết hợp trong một loạt các vấn đề về da nhờ vào hiệu quả chống viêm, tiêu sừng và chống oxi hóa của nó. Độ sâu khi peel bằng GA phụ thuộc vào nồng độ của acid được sử dụng, thời gian bôi, và bệnh của da. Mụn trứng cá (viêm và không viêm), sẹo mụn, nám má, lão hóa da ánh sáng, và tăng sắc tố sau viêm đều có thể điều trị bằng peel GA, nhưng chỉ định hay gặp nhất là trẻ hóa da. Cũng giống như peel bằng các AHA khác, GA cần được trung hòa khi kết thúc quá trình peel, cũng như cần peel lặp lại một vài lần để đạt được kết quả thẩm mỹ như mong muốn. Peel GA hầu như không cần thời gian phục hồi (downtime) trên lâm sàng và kết quả mang lại rất khác nhau giữa các bệnh nhân, tuy nhiên nếu chọn bệnh nhân phù hợp và dùng đúng kĩ thuật thì peel bằng GA có thể cải thiện da đáng kể. Ngoài ra, peel GA có thể được sử dụng đơn lẻ hay phối hợp với các kĩ thuật khác như tiêm botox, tiêm filler để thúc đẩy quá trình chống lão hóa da trên mặt.

Nội dung

- Giới thiệu
- Glycolic acid peel
- Độ mạnh và liều lượng của peel
- Chỉ định
- Chống chỉ định
- Cơ chế hoạt động
- Đánh giá tiền peel
- Vật liệu, dụng cụ cần thiết
- Thực hành peel
- Chuẩn bị da

https://nhathuocngocanh.com/

- Thủ thuật làm sạch
- Bôi acid
- Trung hòa
- Chăm sóc sau peel
- Biến chứng

Liệu pháp phối hợp

- Peel bằng GA và TCA
- Dung dịch Jessner và peel GA
- Ưu điểm và nhược điểm của peel bằng Glycolic acid
- Ghi nhớ
- Tham khảo chéo
- Tham khảo

Giới thiệu

Lột da bằng hóa chất thực hiện bằng cách bôi hóa chất lên da nhằm phá hủy có kiểm soát một phần hay toàn bộ lớp thượng bị, kèm theo hoặc không kèm theo sự phá hủy lớp bì, đưa đến sự bong tróc và loại bỏ những tổn thương bề mặt từ đó thúc đẩy quá trình tái tạo mô thượng bì và mô bì mới (Khunger 2008). Lột da hóa học được chia thành lột da rất nông, nông, trung bình và sâu tùy thuộc vào mức độ thấm vào của dung dịch peel.

Trong peel rất nông, sự hoại tử chỉ diễn ra ở lớp sừng thượng bì. Peel nông sẽ ảnh hưởng đến toàn bộ lớp thượng bì phía trên lớp đáy. Peel trung bình đặc trưng bởi sự hoại tử đến lớp bì lưới trên. Theo Rubin, người đã đưa ra phân loại da tổn thương do ánh sáng dựa thên độ sâu mô học của tổn thương, thì peel phải đạt đến được độ sâu nhất nơi tồn tại những vấn đề của da mới đạt được kết quả tốt nhất, điều này có nghĩa là việc lựa chọn bệnh nhân và tổn thương phù hợp để điều trị là yếu tố quyết định để đạt được kết quả mong muốn (Ditre 2006; Fabbrocini. 2009). Peel hóa chất có thể được sử dụng để điều trị mụn, sẹo mụn, rối loạn sắc tố, và các dấu hiệu lão hóa da ánh sáng như: nếp nhăn, dày sừng ánh sáng, và đốm nâu.

Peel hóa chất đã đứng vững qua thử thách của thời gian, và ngày nay có rất nhiều chế phẩm peel sẵn có trên thị trường. Rất nhiều hóa chất khác nhau đã được sử dụng như là chất peel, trong đó được sử dụng nhiều nhất là alpha hydroxyl acid như glycolic acid hoặc beta hydroxyl acid như salicylic acid (Fabbrocini. 2009). Trong chương này chúng ta sẽ tập trung tiếp cận cách sử dụng glycolic acid để peel, chất này có tác dụng tiêu sừng, tăng sinh các lớp tế bào và kích thích tế bào sợi (fibroblast) (Fabbrocini. 2012). Trước khi đi sâu vào GA, chúng ta sẽ được giới thiệu ngắn gọn về alpha hydroxyl acid (AHA).

AHA được phát triển bởi Van Scott và Yu từ năm thập niên 1980 thời điểm mà peel nông được áp dụng nhiều hơn cho các trường hợp tăng sừng. Kết quả là người ta đã phát triển peel bằng glycolic acid (Fischer 2010). AHAs là một nhóm các acid hữu cơ có chung gốc hydroxyl ở vị trí alpha. Những chất này được tìm thấy trong thực phẩm tự nhiên như trái cây, mía, và sữa chua. AHAs gồm có glycolic acid (nguồn gốc từ mía), lactic acid (từ sữa chua), citric acid (từ chanh và cam), malic acid (từ táo), và tartaric acid (từ nho).

Nguồn gốc tự nhiên của glycolic acid là từ mía, tuy nhiên glycolic acid dùng trong tự nhiên được tạo ra trong phòng thí nghiệm từ các phản ứng hóa

https://nhathuocngocanh.com/

học. AHA đơn giản và được sử dụng nhiều nhất là glycolic acid (GA), chất này có cấu trúc 2 phân tử carbon có đặc tính ưa nước mạnh giúp nó xâm nhập tốt hơn vào da tốt hơn.

GA dùng để peel thường có nồng độ 30%-70% để có thể làm tiêu lớp thượng bì và gây bong vảy. AHAs là những acid yếu giúp trẻ hóa da thông qua tác dụng chuyển hóa và ăn da của nó, những acid này cần được trung hòa bằng dung dịch base như sodium bicarbonate, sodium hydroxide, hoặc nước để ngưng tác dụng của chúng khi kết thúc peel (Murad 1995).

Trong phần này chúng ta sẽ xem xét đến độ mạnh và liều lượng của GA khi peel, và sau đó là tiếp cận với cơ chế hoạt động của nó. Từ đó chúng ta sẽ bàn luận đến chỉ định của GA, lựa chọn bệnh nhân phù hợp và cơ chế hoạt động. Tiếp theo đó là đánh giá tiền peel, an toàn trong thực hành peel và chăm sóc sau peel cũng sẽ được thảo luận. Ngoài ra những biến chứng của thủ thuật cũng như sự phối hợp các thủ thuật khác cũng được nhắc đến.

PEEL BẰNG GLYCOLIC ACID

Độ mạnh và nồng độ

GA là một chất lột da có nhiều tác dụng và có thể dùng ở nhiều độ mạnh khác nhau tùy theo nồng độ và thời gian tiếp xúc. Khoảng nồng độ glycolic acid trong peel từ 20% đến 70%, và pH từ 1 đến 3. Chúng xuất hiện trên thị trường ở các dạng dung dịch free acid, dung dịch trung tính một phần (pH cao hơn) hay dung dịch đệm. Khi sử dụng dạng dung dịch đệm thì thời gian tiếp xúc cần thiết với hóa chất peel sẽ lâu hơn. Sự hấp thu glycolic acid ở da người tùy thuộc vào pH, độ mạnh và thời gian (Fabbrocini. 2012). GA có nhiều dạng khác nhau từ dung dịch cho đến gel, trong đó dạng gel được ưa thích hơn do nó thấm vào chậm hơn và dễ kiểm soát hơn. Dung dịch acid tự do có pH thấp hơn dung dịch trung tính một phần cho phép lột da sâu hơn. Tương tự như vậy, nguy cơ acid thấm không đều vào da cao hơn với dung dịch có pH rất thấp, dẫn đến gây ra vùng lột da sâu hơn.

Giá trị pH và nguy cơ acid xâm nhập vào lớp bì có mối quan hệ thuận nghịch, nghĩa là nồng độ pH càng thấp thì nguy cơ xâm nhập vào lớp bì càng cao và peel càng sâu (có thể gây sẹo). Ngược lại, pH càng cao, thì dung dịch càng trung tính, càng ít acid tự do (hoạt tính sinh học thấp) và khả năng thấm vào da càng thấp. Dung dịch có pH thấp hơn sẽ gây bỏng, châm chích, và đỏ da nhiều hơn, tuy nhiên bệnh nhân ít dung nạp hơn so với dung dịch có pH cao hơn (Kede và Guedes. 2012).

Cần phải nhớ rằng độ sâu của peel nên được điều chỉnh theo độ sâu bệnh học của bệnh được điều trị; ví dụ, peel nông có thể cải thiện tính trạng mụn, nếp nhăn nhỏ, nám má nông, tuy nhiên sẽ không thể giúp cải thiện nếp nhăn sâu, nám má sâu, hay tăng sắc tố sau viêm. Khuyến cáo nên bắt đầu peel với nồng độ acid thấp (20-30%) sau đó tăng dần nồng độ và thời gian tiếp xúc trong những lần peel tiếp theo (Landau 2007). Trung hòa acid là một bước quan trọng của thủ thuật và nên được tiến hành ngay lập tức với sodium bicarbonate hoặc nước sôi để

https://nhathuocngocanh.com/

nguội ngay khi đạt được điểm cuối lâm sàng. Nếu GA không được trung và được giữ lại trên da trong thời gian quá dài, nó có thể gây ra tổn thương ở lớp bì (Monheit và Chastain. 2012).

Chỉ định

GA có thể được sử dụng để điều trị tăng sắc tố sau viêm, đốm nâu, nám má thượng bì (nông) (hình. 1), tăng tiết bã nhờn, và những nếp nhăn nhỏ (hình. 2) (Monheit và Kayal 2003). Mụn (hình. 3) ở các độ nặng khác nhau là một trong những chỉ định tốt của peel GA. Ở những bệnh nhân này, peel GA được sử dụng rộng rãi hơn so với dung dịch Jessner vì peel GA có hiệu quả điều trị tương đương nhưng ít gây bong tróc da hơn (Fabbrocini. 2012; Kim. 1999). Số lần peel và tần suất phụ thuộc vào mức độ đáp ứng lâm sàng, bệnh nhân thường dung nạp tốt với peel bằng GA. Cân nhắc điều trị nám má với peel bằng GA, vì sau peel sự phân bổ của melanin đồng đều hơn, và đào thải sự tích tụ melanin, do đó GA rất hữu ích trong điều trị nám má thượng bì. Tuy nhiên, nhiều nghên cứu so sánh hiệu quả của của các loại peel đối với nám má cho kết quả trộn lẫn, và việc sử dụng các chất peel không gây viêm như salicylic acid được ưa thích hơn cho những vấn đề trên vì khả năng gây tăng sắc tố sau viêm thấp hơn (Monheit và Chastain. 2012).

Glycolic acid có thể được dùng phối hợp với 5-fluorouracil để điều trị các bệnh tiền ung thư da như dày sừng ánh sáng và viêm môi ánh sáng, hỗn hợp này được gọi là fluorouracil-hydroxy pulse peel (Jackson 2014).

Hình 1: Trước và sau khi peel GA (6 lần, mỗi lần cách nhau 4 tuần) cho bệnh nhân nám má với kết quả thành công

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 2: Ảnh trước và sau khi lột da bằng glycolic acid (6 lần, mỗi lần cách nhau 4 tuần) điều trị trẻ hóa da cho kết quả thành công (cải thiện kết cấu, nếp nhăn nhỏ, và sắc tố da)

Hình 3: Ảnh trước sau lột da bằng GA (6 lần, mỗi lần cách nhau 4 tuần) trong điều trị sẹo mụn.

https://nhathuocngocanh.com/

Peel GA nông phù hợp với bệnh nhất ở tất cả các phân loại da; tuy nhiên peel GA trung bình nên tránh áp dụng đối với bệnh nhân có phân loại Fitzpatrick loại IV và V vì nguy cơ gây tăng và giảm sắc tố sau peel.

Chống chỉ định

Peel bằng GA chống chỉ định với các trường hợp cụ thể như đang bệnh nhân đang mang thai và cho con bú, nhiễm herpes simplex ở trạng thái hoạt động, viêm da tiếp xúc và dị ứng với glycolate. Ngoài ra, peel bằng GA sẽ làm tăng tính nhạy cảm của da với tia cực tím (UV) (Fabbrocini. 2012; Fischer. 2010).

Cơ chế hoạt động

GA đánh vào lớp sừng, gây tổn thương và giảm kết dính tế bào để gây bong da (Fartasch. 1997). Peel GA nông cũng làm tăng hoạt tính của enzyme thượng bì gây phân giải và bong tróc thượng bì (Fischer. 2010). Thượng bì trở nên mỏng hơn, các tế bào tăng sinh giúp tái sinh và tái cấu trúc thượng bì giúp cải thiện kết cấu và bề mặt da. Sự kích thích thượng bì cũng làm tăng tổng hợp các cytokines giúp hoạt hóa tế bào sợi sản xuất collagen típ I và IV và sợi elastin, giúp cải thiện tình trạng lão hóa da do ánh sáng. Peel sâu hơn sẽ giúp collagen và glycosaminoglycans tích tụ nhiều hơn (Murad. 1995).

Trong điều trị mụn, peel GA có hiệu quả trong điều trị các tổn thương không viêm và các tổn thương viêm đã vỡ nhờ vào khả năng diệt khuẩn đối với Propionibacterium acnes và hoạt tính chống oxi hóa. Ngoài ra peel bằng GA còn làm tăng khả năng thấm của các thuốc bôi trị mụn, do đó còn được dùng để bổ trợ cho điều trị mụn. Tuy nhiên, phương pháp này ít có hiệu quả đối với sẹo lõm hay lồi (Atzori.1999). Bằng cách ly giải thượng bì, phân tán melanin lớp đáy và hyaluronic acid lớp bì, thượng bì, phương pháp này còn giúp sữa chữa những thay đổi sừng hóa trong các trường hợp trên, ngoài khả năng làm tăng sự biểu hiện gen collagen thông qua tăng tiết IL-6 (Bernstein. 2001).

Cần phải nhớ rằng việc peel nhiều lần và thường xuyên là cần thiết để có được kết quả khả quan nhất, trung bình 15 ngày làm một lần trong khoảng 4-6 tháng cho đến khi đạt được kết quả mong đợi.

Đánh giá tiền peel

Cần thăm hỏi kĩ bệnh nhân về mức độ phơi nắng, lịch sử nhiễm herpes simplex, có tiền sử điều trị isotretinoin trong vòng 6 tháng qua hay không (đối với peel GA trung bình), và da có xu hướng tăng sắc tố sau viêm không. Bệnh nhân có kiểu đa tối màu thường có xu hướng tăng sắc tố sau viêm. Ngoài ra, cần phải xác nhận lại với bệnh nhân toàn bộ tiền sử bệnh và những thuốc họ đang điều trị.

Trong tất cả các trường hợp peel, phải lấy phiếu đồng ý thực hiện thủ thuật, chụp ảnh trước và sau thủ thuật với máy ảnh chất lượng cao.

Cần phải viết ra những thông tin về loại peel mà bệnh nhân được làm, hiệu quả có thể đạt được và cách chăm sóc sau peel.

Bác sĩ cũng nên giải thích cho bệnh nhân vì sao cần phải peel nhiều

https://nhathuocngocanh.com/

lần để đạt được kết quả như mong đợi đồng thời phải đánh giá được kỳ vọng và cảm xúc của họ. Ngoài ra, bệnh nhân cũng cần được thông tin về thời gian hồi phục, tầm quan trọng của liệu pháp duy trì sau peel, những biến chứng và tác dụng phụ có thể xảy ra (Khunger 2008).

Dụng cụ

- Găng tay
- Mũ trùm đầu dùng một lần
- Cồn để làm sạch da
- Acetone để tẩy nhờn da
- Tăm bông, hoặc miếng gạc
- Đồng hồ
- Dung dịch trung hòa

Thực hành peel

Trong thực hành peel cần tuân theo những bước sau: chuẩn bị da, rửa mặt, bôi chất lột da, và trung hòa.

Chuẩn bị da

Bệnh nhân bắt buộc phải duy trì chế độ chăm sóc da nghiêm ngặt ngay trước và sau thủ thuật nhằm thu được hiệu quả tối đa. Bác sĩ nên cung cấp sự hướng dẫn, nguồn gốc và ví dụ cụ thể để giúp hình thành chế độ chăm sóc da này.

Bệnh nhân nên được điều trị với các sản phẩm retinoic acid, AHAs, hay làm trắng 2-4 tuần trước khi peel và ngưng 3-5 ngày trước khi tiến hành thủ thuật. Do đó, bệnh nhân có thể thực hiện ở nhà bằng cách bôi các chất lột da nhẹ như tretinoin 0.025%, adapalene 0.1%, glycolic acid 6-12%, kojic acid, hoặc azelaic acid (Khunger 2008).

Việc sử dụng tretinoin trước peel hóa chất làm tăng hiệu quả của thủ thuật này. Bằng cách làm mỏng lớp sừng, sử dụng tretinoin trước đó sẽ làm tăng độ sâu khi peel. Tretinoin cũng giúp làm giảm thời gian hồi phục sau khi làm láng bề mặt da.

Dùng hydroquinone (2-4%) có hữu ích đối với bệnh nhân có phân loại da típ III trở lên vì nó ức chế enzyme tyrosine và giảm sản xuất melanin thượng bì trong thời gian trước phẫu thuật và thời gian lành vết thương. Nên dùng chất này, thậm chí khi không có tiền sử bất thường về sắc tố (Monheit và Chastain 2012).

Sự lựa chọn sản phẩm để điều trị tiền peel phụ thuộc vào nhu cầu của mỗi bệnh nhân và nguy cơ biến chứng của các sản phẩm đó. Sản phẩm được sử dụng để điều trị trước đó có thể tiếp tục được sử dụng duy trì sau đó.

Quy trình rửa sạch da

Rửa sạch da trước khi peel hóa chất là cực kì quan trọng để hóa chất peel có thể thấm đồng điều và do đó có thể đạt được kết quả đồng nhất. Đầu tiên, phải yêu cầu bệnh nhân rửa mặt với xà phòng và nước. Sau đó, bề mặt da phải được làm sạch nhẹ nhàng để loại bỏ những dấu vết còn lại của đồ trang điểm hoặc dầu. Isopropylic alcohol được sử dụng để làm sạch da và acetone để dùng để tẩy nhờn da.

Bôi chất lột da

Bệnh nhân cần phải ngồi ở tư thế thỏa mái, mang mủ trùm đầu và luôn nhắm mắt trong suốt quá trình làm thủ thuật. Acid có thể được bôi

https://nhathuocngocanh.com/

bằng miếng gạc, cọ hình quạt, ngón tay mang găng, hoặc tăm bông, tùy thuộc vào dạng pha chế (dung dịch hay gel). Nhìn chung, dạng gel có thời gian thấm lâu hơn và dễ kiểm soát hơn (Fabbrocini. 2009).

Đầu tiên, tốt hơn nên bắt đầu bôi glycolic acid ở vùng tráng và sau đó là những vùng còn lại của mặt vì vùng trán ít nhạy cảm hơn và có thể chịu được thời gian tiếp xúc lâu hơn với acid so với những vùng khác trên khuôn mặt. Những vùng da rất nhạy cảm như góc mũi và môi nên được bảo vệ bằng Vaseline. Cách bôi khi peel cần thiết phải được đào tạo vì toàn bộ da cần tiếp xúc với acid trong khoảng thời gian giống nhau và nguy cơ acid xâm nhập quá sâu vào da nêu người làm chưa quen với thủ thuật này là rất cao (Ditre. 2006). Độ sâu của chất lột da khi thấm vào có thể quan sát và kiểm soát thông qua sự thay đổi màu sắc của da.

• Đỏ da đồng nhất, lan rộng cho thấy acid thấm vào lớp thượng bì.

• Hình thành lớp frost trắng biểu thị sự hoại tử đông của lớp bì nhú.

• Hình thành lớp frost trắng xám biểu thị sự hoại tử đông ở lớp bì lưới.

• Không có điểm cuối lâm sàng cụ thể đối với peel mà điểm cuối lâm sàng được quyết định dựa trên độ sâu của các vấn đề ở da. Thông thường, đỏ da đồng nhất có thể thấy sau 3-5 phút, thời điểm này nên tiến hành trung hòa acid. Nếu thấy xuất hiện frost ở bất kì vùng nào trước thời gian cài đặt sẵn, hay điểm cuối lâm sàng thì, nên tiến hành trung hòa vùng đó ngay. Điều này đặc biệt quan trọng đối với vùng có lớp sừng mỏng như rảnh cánh mũi, rãnh mũi má, nơi mà acid được hấp thụ nhanh hơn so với những vùng khác và có thể cần trung hòa trước những vùng mặt khác (Sharad 2013).

Trung hòa

Peel bằng GA cần phải được trung hòa để ngưng tác dụng của nó. Chất trung hòa trong peel bằng AHA là các dung dịch base như muối ammonium, sodium bicarbonate, sodium hydroxide, hoặc nước. Trong đó được sử dụng nhiều nhất là dung dịch sodium bicarbonate 10-15%, quá trình trung hòa bằng sodium bicarbonate sinh ra CO2 do đó bọt khí sẽ xuất hiện trên bề mặt da, đây là dấu hiệu đảm bảo để bác sĩ biết rằng họ đã trung hòa acid (Rubin1992). Sau đó bệnh nhân nên rửa mặt với thể tích nước lạnh lớn.

Thất bại trong việc trung hòa ở thời điểm thích hợp sẽ dẫn đến vết thương ở lớp bì và tạo sẹo. Do đó, chất trung hòa nên để ngay bên cạnh trong quá trình làm thủ thuật.

Độ mạnh của peel bằng GA được quyết định bởi nồng độ dung dịch và thời gian tiếp xúc; do đó, thời điểm trung hòa có thể xác định được. Ví dụ, với dung dịch GA 30-50% thì bôi trong vòng 1-2 phút (peel rất nông), GA 50-70% thì bôi trong vòng 2-5 phút (peel nông). Đối với peel trung bình thì dùng GA 70%, bôi từ 3-15 phút (Fabbrocini. 2009).

Điều cần thiết cần phải nhắc lại là quan trọng hơn cả việc theo dõi sát sao thời gian peel là việc quan sát

https://nhathuocngocanh.com/

bệnh nhân một cách cẩn thận, quan sát những phản ứng trên da bệnh nhân và tìm kiếm vùng bị frost để trung hòa trước những vùng này. Đặc biệt đối với peel bằng GA, acid thấm vào da không đều là chuyện thường gặp, do đó người làm thủ thuật cần phải hết sức lưu ý đến đều này trong quá trình làm. Tương tự, vùng da mà acid thấm càng sâu thì bệnh nhân sẽ càng cảm thấy đau. Đa số bệnh nhân sẽ có các triệu chứng như châm chích, ngứa, hay tê; những triệu chứng này sẽ nhanh chóng mất đi khi acid được trung hòa.

Chăm sóc sau peel

Mục đích của chăm sóc sau peel là để phòng ngừa, giảm thiểu nguy cơ xảy ra biến chứng và đảm bảo sự hồi phục ngay của da. Bệnh nhân cần được yêu cầu ngưng sử dụng những sản phẩm chăm sóc da bình thường của họ trong vài ngày đến khi da hoàn toàn hồi phục, và chỉ bôi những sản phẩm được bác sĩ kê đơn.

Có thể bôi kem corticoid nhẹ trong 2-3 ngày nếu có tình trạng viêm để giải quyết vấn đề này. Mặc dù nhiễm trùng rất hiếm khi xảy ra, nên bôi kem mỡ trong trường hợp có mài để đảm bảo không phát triển thành nhiễm trùng. Đối với những người da nhạy cảm cao thì chỉ cần dùng dưỡng ẩm là đủ.

Trong thời gian đầu sau thủ thuật nên tạm hoãn chăm sóc da hàng ngày, và những sản phẩm dùng để duy trì (AHA, retinoic acid, kem làm trắng da, dưỡng ẩm) nên bắt đầu càng sớm càng tốt khi bề mặt và cảm giác của da trở về bình thường.

Bệnh nhân nên được tư vấn về việc tránh phơi nắng trong ít nhất 6 tuần sau peel và sử dụng chống nắng phổ rộng vì da mới rất mềm yếu và dễ bị tổn thương.

Biến chứng

GA là một chất lột da được chấp nhận rộng rãi và nó tương đối an toàn, tuy nhiên tác dụng phụ và biến chứng vẫn có thể xảy ra. Những biến chứng của peel hóa chất có thể dự phòng bằng cách lựa chọn bệnh nhân phù hợp, tư vấn bệnh nhân, chăm sóc tiền peel đầy đủ, và chăm sóc tốt trong và sau peel. Tuân thủ quy trình chăm sóc sau peel là cần thiết để đảm bảo thành công và để tránh biến chứng khi peel.

Biến chứng sớm là những phản ứng không mong muốn như đỏ da, lột da và cảm giác bị kéo da mặt trong vài phút đến vài giờ sau peel. Những phản ứng này có thể xảy ra và tùy thuộc vào độ sau của peel.

Biến chứng muộn thường xảy ra sau vài ngày đến vài tuần, gồm có: sẹo, nhiễm trùng, tăng sắc tố sau viêm, đỏ da kéo dài, và nhiễm herpes.

Herpes môi: khuyến cáo sử dụng liệu pháp kháng virus đối với những trường hợp peel trung bình bằng GA dù bệnh nhân có hay không có tiền sử nhiễm herpes simplex trước đó. Nên sử dụng kháng virus 2 ngày trước thủ thuật và tiếp tục trong 7-10 ngày cho đến khi biểu mô hoàn toàn hồi phục. Phác đồ khuyến cáo điều trị, acyclovir 400mg dùng 3 lần mỗi ngày; valacyclovir 500mg dùng 2 lần mỗi ngày; hoặc famciclovir 250mg dùng 2 lần mỗi ngày. Đối với bệnh nhân peel nông bằng GA thì không cần phải

https://nhathuocngocanh.com/

điều trị dự phòng nhiễm herpes, bởi vì không đủ gây ra tổn thương để tái hoạt virus. Tuy nhiên, cũng nên cân nhắc dự phòng herpes nếu bệnh nhân có tiền sử nhiễm herpes lặp lại.

Đỏ da kéo dài: trong một vài trường hợp, đỏ da có thể tồn tại nhiều tuần sau peel ở các mức độ khác nhau. Những hoạt động thường ngày như tập thể dục có thể làm tăng dòng máu đến vùng này và làm nặng thêm tình trạng đỏ da đó. Có thể dùng kem corticoid nhẹ để làm dịu triệu chứng song song với sử dụng chống nắng (Tung and Rubin 2010).

Tăng sắc tố sau viêm: đây thường không phải là vấn đề của peel nông và rất nông bằng GA nhưng là vấn đề quan trọng đối với bệnh nhân có phân loại da Firtzpatrick típ III hoặc cao hơn và đối với tất cả bệnh nhân được peel trung bình. Sử dụng hydroquinone (2-4%) có thể giúp giảm nguy cơ ở những bệnh nhân có xu hướng bị tăng sắc tố sau viêm vì chất này ức chế enzyme tyrosinase. Để tăng lợi ích, bệnh nhân nên sử dụng trong giai đoạn trước và sau thủ thuật (Monheit và Chastain 2012).

Nhiễn trùng: đây là biến chứng hiếm gặp nhưng có thể xảy ra khi peel trung bình bằng GA do bị mất hàng rào bảo vệ da và tổn thương mô sau đó do chăm sóc vết thương không đúng cách. Chậm lành vết thương và đỏ da kéo dài là những dấu hiệu sớm của nhiễm trùng. Trong trường hợp nhiễm virus, nhiễm khuẩn hoặc nhiễm nấm, cần nuôi cấy vùng tổn thương và điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm ngay để hạn chế tạo sẹo.

Tạo sẹo: tạo sẹo là biến chứng rất hiếm, tuy nhiên peel bằng Ga có thể gây tổn thương lớp bì khi áp dụng kĩ thuật bôi không đúng hoặc sử dụng dung dịch nồng độ quá cao. Để tránh những biến chứng này, người làm thủ thuật cần phải luôn theo dõi da bệnh nhân trong quá trình làm và trung hòa acid nhanh khi có dấu hiệu frost trên da, đây là dấu hiệu tổn thương lớp bì.

LIỆU PHÁP PHỐI HỢP

Nguyên tắc kết hợp peel là sử dụng phối hợp 2 loại hóa chất để đạt độ sâu peel giống với khi dùng đơn lẻ một hóa chất peel nhằm tăng độ an toàn và nguy cơ để lại sẹo. Cách này sẽ giúp làm tăng khả năng xâm nhập của cả hai chất và làm giảm độc tính so với khi peel chỉ một loại hóa chất để đạt độ sâu đó.

Peel bằng GA và TCA

Dr. Coleman là người khởi sướng sử dụng phối hợp GA và trichloroacetic acid (TCA). Vì GA giúp loại bỏ lớp sừng thượng bì, nó giúp TCA thấm đồng điều hơn để đạt độ peel trung bình (Coleman và Futrell. 1994). Dựa vào cơ sở đó, dùng phối hợp gel glycolic acid 70% (ưu thế hơn dung dịch) với TCA 35% để điều trị những vùng da ngoài mặt như đốm nâu, dày sừng ánh sáng ở cổ, và da ở vùng đầu hói, cánh tay, bàn tay (Tung and Rubin 2010).

Thực hành peel: sau khi tẩy nhờn, bôi một lớp GA 70% và trung hòa trong 2 phút, sau đó bôi TCA 35%. Cách này sẽ giúp peel đạt được độ sâu hơn so với chỉ dùng TCA một mình. Peel bằng GA và TCA được thực hiện như là một thủ thuật đơn để loại bỏ

https://nhathuocngocanh.com/

tình trạng nếp nhăn nhẹ, dày sừng ánh sáng, hoặc rối loạn sắc tố. Thủ thuật này có thể được lặp lại mỗi 6 tháng hoặc 1 năm tùy thuộc vào tình trạng tổn thương ánh sáng trên da (Fabbrocini. 2012; Kadunc. 2012).

Peel bằng dung dịch Jessner và GA

Sự phối hợp giữa dung dịch Jessner và GA (Monheit peel) cho kết quả peel đồng nhất hơn, vì dung dịch Jessner có tác dụng tiêu sừng, cho phép GA thấm vào da một cách đồng đều (Monheit 1989). Tuy nhiên, nếu sử dụng dung dịch Jessner sau khi peel bằng GA có thể làm tăng nguy cơ để lại sẹo vì điểm cuối lâm sàng của peel bằng GA khó quan sát nhất là ở bệnh nhân có da ngăm. Peel phối hợp này có thể dùng để điều trị dày sừng ánh sáng, nếp nhăn và tổn thương da ánh sáng.

Thực hành peel: sau khi rửa sạch mặt và tẩy nhờn, bôi 2 hoặc 3 lớp dung dịch Jessner lên da bằng gạc cho đến khi thấy đỏ da nhẹ. Sau đó bôi GA 70%, GA sẽ thấm nhanh và sâu hơn so với khi bôi một mình.

Ghi nhớ

- Peel thành công phụ thuộc chính vào hiểu biết của người bác sĩ về tính chất hóa học và sinh học của quá trình peel, nguyên tắc an toàn và hiệu quả, cũng như chỉ định và tác dụng phụ của hóa chất peel.
- Peel bằng GA luôn cần phải được trung hòa, và hóa chất trung hòa phải được để ngay bên cạnh khi peel.
- Peel bằng GA có thể gây tổn thương lớp bị và tăng sắc tố sau viêm.
- Peel bằng GA cần lặp lại một vài lần để đạt được hiệu quả tốt nhất.
- Hiệu quả trên mỗi bệnh nhân là rất khác nhau.
- Lựa chọn bệnh nhân tối ưu cho peel bằng GA là những người có tổn thương da và rối loạn sắc tố ở mức độ trung bình, sẵn sàng thực hiện nhiều liều trình peel và không chịu được khoảng thời gian hồi phục.

ƯU ĐIỂM VÀ NHƯỢC ĐIỂM CỦA PEEL DA BẰNG GA

Ưu điểm	**Nhược điểm**
Đỏ da rất nhẹ	Cảm giác nóng và đỏ da trong khi bôi
Lột da nhẹ	Khó peel đồng đều
Giai đoạn sau thủ thuật ngắn	Bắt buộc phải trung hòa
Có lợi đối với tổn thương da do ánh sáng	Loét hoại tử nếu thời gian bôi quá lâu và/hoặc PH da bị giảm

https://nhathuocngocanh.com/

Tài liệu tham khảo

• Atzori L, Brundu MA, Orru A, Biggio P. Glycolic acid peeling in the treatment of acne. J Eur Acad Dermatol Venereol. 1999;12:119–22.

Bernstein EF, Lee J, Brown DB, Yu R, Van Scott

• D.Glycolic acid treatment increases type I collagen mRNA and hyaluronic acid content of human skin. Dermatol Surg. 2001;27(5):429–33.

• Coleman III WP, Futrell JM. The glycolic acid tri- chloroacetic acid peel. J Dermatol Surg Oncol. 1994;20(1):76–80.

• Ditre CM. Alpha hydroxy acid peels. In: Rubin MG, Tung R, editors. Procedures in cosmetic dermatology series; chemical peels. St Louis: Elsevier; 2006. p. 27–35.

• Fabbrocini G, De Padova MP, Tosti A. Chemical peels: what's new and what isn't new but still works well. Facial Plast Surg. 2009;25(5):329–36. doi:10.1055/s- 0029-1243082. Epub 2009 Dec 18.

• Fabbrocini G, Padova MP, Tosti A. Glycolic acid. In: Tosti A, Grimes PE, Padova MP, editors. Color atlas of chemical peels. London: Springer; 2012. p. 9–16.

• Fartasch M, Teal J, Menon GK. Mode of action of glycolic acid on human stratum corneum: ultrastructural and functional evaluation of the epidermal barrier. Arch Dermatol Res. 1997;289:404–9.

• Fischer TC, Perosino E, Poli F, Viera MS, Dreno

B.Cosmetic Dermatology European Expert Group Chemical Peels in aesthetic dermatology: an update. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2010;24:281–92.

• Jackson A. Chemical peels. Facial Plas Surg. 2014; 30(1):26–31.

• Kadunc BV. Peelings químicos: médios e combinados. In: Kadunc B, Palermo E, Addor F, editors. Tratado de cirurgia dermatológica, cosmiatria e laser: da sociedade brasileira de dermatologia. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. p. 311–8.

• Kede MPV, Guedes LS. Peelings químicos: superficiais. In: Kadunc B, Palermo E, Addor F, editors. Tratado de cirurgia dermatológica, cosmiatria e laser: da sociedade brasileira de dermatologia. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. p. 311–8.

• Khunger N. Standard guidelines of care for chemical peels. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2008;74(Suppl S1):5–12.

• Kim SW, Moon SE, Kim JA, Eun HC. Glycolic acid versus Jessner's solution: which is better for facial acne patients? A randomized prospective clinical trial of split-face model therapy. Dermatol Surg. 1999;25(4):270–3.

• Landau M. Chemical peels. Clin Dermatol. 2007;26:200–8. l therapy. Dermatol Surg 25(4): 270.

• Monheit GD. The Jessner's? TCA peel: a medium-depth chemical peel. J Dermatol Surg Oncol. 1989;15:945–50.

• Monheit GD, Chastain MA. Chemical and mechanical skin resurfacing. In: Bolognia JL, Jorizzo JL, Schaffer JV, editors. Dermatology, 3rd ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2012. p. 2496–8.

https://nhathuocngocanh.com/

• Monheit GD, Kayal JD. Chemical peeling. In: Nouri K, Leal-Khouri S, editors. Techniques in dermatologic surgery. St Louis: Elsevier; 2003. p. 233–44.
• Murad H, Shamban AT, Premo PS. The use of glycolic acid as a peeling agent. Dermatol Clin. 1995;13:285–307.
• Rubin MG. Manual of chemical peels. Philadelphia: JB Lippincott; 1992. p. 14.
• Sharad J. Glycolic acid peel – a current review. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2013;6:281–8.
• Tung R, Rubin MG. Procedures in cosmetic dermatology series: chemical peels. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 2010.
• Denise Steiner Residency in Dermatology at Hos- pital das clínicas- University of São Paulo, Doctorated in Dermatology at UNICAMP, presi- dent of the Brazilian Society of Dermatology 2013–2014
• Mirella Pascini Residency in Internal Medicine and Dermatology at Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, member of the Brazil- ian Society of Dermatology

https://nhathuocngocanh.com/

Chương 3

Lột da bằng Salicylic Acid

Maria Paulina Villarejo Kede and Luiza Soares Guedes

Tóm tắt

Lột da hóa học là thủ thuật bôi một hoặc nhiều chất lột da, nhằm gây ra sự phá hủy một vài lớp thượng bì hoặc lớp bì, tiếp theo đó kích thích sự tái sinh của da. Mỗi một bệnh nhân nên được đánh giá cẩn thận để quyết định dùng loại hóa chất phù hợp để cho kết quả tốt nhất với ít biến chứng nhất. Lựa chọn loại hóa chất peel cho từng bệnh nhân dựa vào chỉ định của loại hóa chất lột da, lối sống của bệnh nhân, độ sâu của tổn thương cần được điều trị, và phân loại da của họ. Salicylic acid (SA) là một loại β-hydroxy acid có tác dụng tiêu sừng ở nồng độ 3-5% và giúp các hóa chất khác thấm tốt hơn vào da. Với nồng độ dưới 3%, SA có tác dụng gây tăng sừng. SA thường được dùng với dung dịch alcohol nồng độ 20% hoặc 30% và tỉ lệ biến chứng thấp. Bong da nhẹ xuất hiện từ 3-5 ngày sau peel và kéo dài trong khoảng 10 ngày. SA sử dụng hiệu quả trong điều trị lão hóa da ánh sáng giai đoạn sớm, nám má, mụn trứng cá viêm và không viêm, sẹo mụn nông và những vấn đề ở bệnh nhân da sạm màu.

Nội dung

- Giới thiệu
- Peel bằng salicylic acid (SA)
- Định nghĩa
- Chỉ định và chống chỉ định
- Công thức peel SA
- Tiền thủ thuật
- Thủ thuật
- Sau thủ thuật
- Biến chứng và xử lí
- Kết luận
- Ghi nhớ
- Tham khảo

Giới thiệu

Lột da hóa học là thủ thuật bôi một hoặc nhiều chất lột da, gây ra sự phá hủy một vài lớp thượng bì hoặc lớp bì, tiếp theo đó kích thích sự tái sinh của da (Fischer.2010)

Nếu sử dụng đúng kĩ thuật peel da hóa chất thì có thể kiểm soát và lập trình được các tổn thương da, từ đó giúp trẻ hóa da (Butler. 2001). Peel da hóa chất lần đầu được thực hiện vào

https://nhathuocngocanh.com/

năm 1941 khi mà Eller và Wolf sử dụng kĩ thuật này trong điều trị sẹo mụn. Sự quan tâm của người Mỹ đối với thủ thuật này đã tăng lên nhanh chóng. Aryes (1960), Baker và Gordon (1961) đã bắt đầu một thời kì mới của peel da gọi là 'peel da hóa chất hiện đại'. Vào năm 1986, Brody và Hailey đã sử dụng phối hợp 2 loại hóa chất peel nông để thực hiện một thủ thuật peel trung bình. Monheit đã đề xuất một kĩ thuật khác về sự kết hợp giữa 2 loại peel khác nhau vào năm 1989 (Brody 2000).

Peel bằng salicylic acid (SA)

Định nghĩa

Hydroxy acid (HA) được mô tả đầu tiên bởi Van Scott và Yu khi họ phát hiện thấy HA với nhóm hydroxyl ở vị trí α hoặc β khi bôi lên da có thể giúp cải thiện tình trạng tăng sừng. Họ nhận thấy rằng quá trình keratin hóa đã bị ảnh hưởng và lớp sừng thượng bì đã bị làm mỏng (Van Scott và Yu. 1984). Việc sử dụng HA vào thẩm mỹ bắt đầu từ nhiều năm sau đó, khi người ta quan sát thấy chất này có thể giúp cải thiện những đặc điểm lâm sàng và cấu trúc của da bị tổn thương ánh sáng (Tung 2000; Van Scott 1996).

HA được phân loại như là một organic carboxylic acid vì chúng chứa các phân tử carbon và hydrogen. Trong da học, có 4 nhóm HA được phân loại theo vị trí nhóm hydroxyl của phân tử đó là: α-HA, β-HA, poly-HA, và bionic.

Salicylic acid (HA) là một loại β-HA bởi vì nó có nhóm hydroxyl gắn ở vị trí β của phân tử carboxylic. Khác biệt hóa lí chủ yếu giữa SA và α-HA là SA không tan trong nước trong khi α-HA có thể tan trong nước (Guedes 2012).

Ở nồng đọ dưới 3%, SA làm tăng sừng, giúp điều hòa quá trình keratin hóa, từ đó giúp cải thiện lớp thượng bì bị tổn thương bởi ánh sáng mặt trời và tăng phân tán các hạt chứa melamin. Khi dùng ở nồng độ 3-5%, SA có tác dụng tiêu sừng và thúc đẩy khả năng thấm của các hóa chất khác. SA sử dụng để peel có nồng độ từ 10-30%.

SA có tác dụng sát khuẩn và có khả năng thấm cao vào da dầu và tuyến bã nhờn, đều này giúp SA có tác dụng tốt trong điều trị mụn trứng cá. Ngoài ra, tỉ lệ biến chứng của loại acid này cũng rất thấp. Dung môi trong công thức này dễ bay hơi và bay hơi nhanh giúp nhăn chặn sự xâm nhập sâu hơn của acid.

Chỉ định và chống chỉ định

SA có thể được chỉ định trong điều trị lão hóa da ánh sáng giai đoạn đầu, rám má, mụn trứng cá viêm hoặc không viêm, sẹo mụn nông, và các vấn đề ở những người có kiểu da ngăm.

SA cũng được dùng phối hợp với các loại hóa chất peel khác như tri-chloroacetic acid và retinoic acid. Đều quan trọng cần phải lưu ý là khi peel phối hợp, nếu chúng ta sử dụng SA trước thì khả năng xâm nhập của chất peel thứ 2 sẽ nhanh hơn và sâu hơn vì peel SA có tác dụng làm tiêu sừng, do đó làm tăng nguy cơ biến chứng.

SA có thể được sử dụng ở bất kì vùng da nào trên cơ thể. Nhờ vậy, SA trở thành công cụ rất hữu dụng trong điều trị mụn trứng cá ở lưng và vùng chữ 'V' ở cổ. Tuy nhiên, nên tránh việc

https://nhathuocngocanh.com/

sử dụng SA trên vùng da quá rộng vì sẽ có nguy cơ bị ngộc độc salicylic, mặc dù biến chứng này không thường xảy ra khi dùng SA dạng dung dịch. Ngoài ra, cũng không nên sử dụng cho những bệnh nhân dị ứng với SA.

Công thức peel SA

Trong thực hành lâm sàng, chúng tôi sử dụng dung dịch alcohol của salicylic acid được mô tả trong một bài báo của Yokomizo (2013). Chúng tôi sử dụng SA ở nồng độ 20% hoặc 30% với ethanol. Acrylate co-polymer hoạt động bằng cách hình thành một màng film trên da, cho phép SA lưu lại trên da và còn ethanol sẽ bị bay hơi. SA cũng được sản xuất ở dạng kem (Kede 2015): SA (dạng bột) USP (United States Pharmacopeia) 40 hoặc 50%, sodium methyl salicylate 16 drops, và solid petrolatum 112g.

Gần đây, một loại công thức mới được tạo ra từ SA bằng cách thêm vào một chuỗi lipid có tên là lipo HA đã được sử dụng. Sản phẩm này ưu dầu hơn so với SA, do đó làm cho cơ chế của nó đặc hiệu hơn, và hiệu quả tiêu sừng cao hơn.

Một dung môi mới là polyethylene glycol cũng đã được đánh giá. Chất này làm dịu các triệu chứng như nóng, châm chích, và đỏ da gây ra bởi SA. Dung môi mới này có ái lực cao với acid, khi bôi nó tiếp tục gắn với acid và từ từ nhả ra lượng acid nhỏ hơn trên bề mặt thượng bì. Đều này giúp giải thích nguyên nhân làm dịu cảm giác bỏng rát của chất này.

Trước thủ thuật

Nên chuẩn bị da 1 tháng trước khi peel bằng SA. Chuẩn bị da trước với retinoids hoặc HA là rất quan trọng vì quá trình chuẩn bị này sẽ giúp làm tăng khả năng thấm khi peel, và thúc đẩy sự phân tán của các hạt melanin. Ngoài ra, sử dụng chống nắng phổ rộng với cả UVA và UVB, và ferric oxit (oxit sắt) một cách thường xuyên luôn được khuyến cáo.

Dự phòng nhiễm herpes được chỉ định nếu bệnh nhân có tiền sử nhiễm HSV.

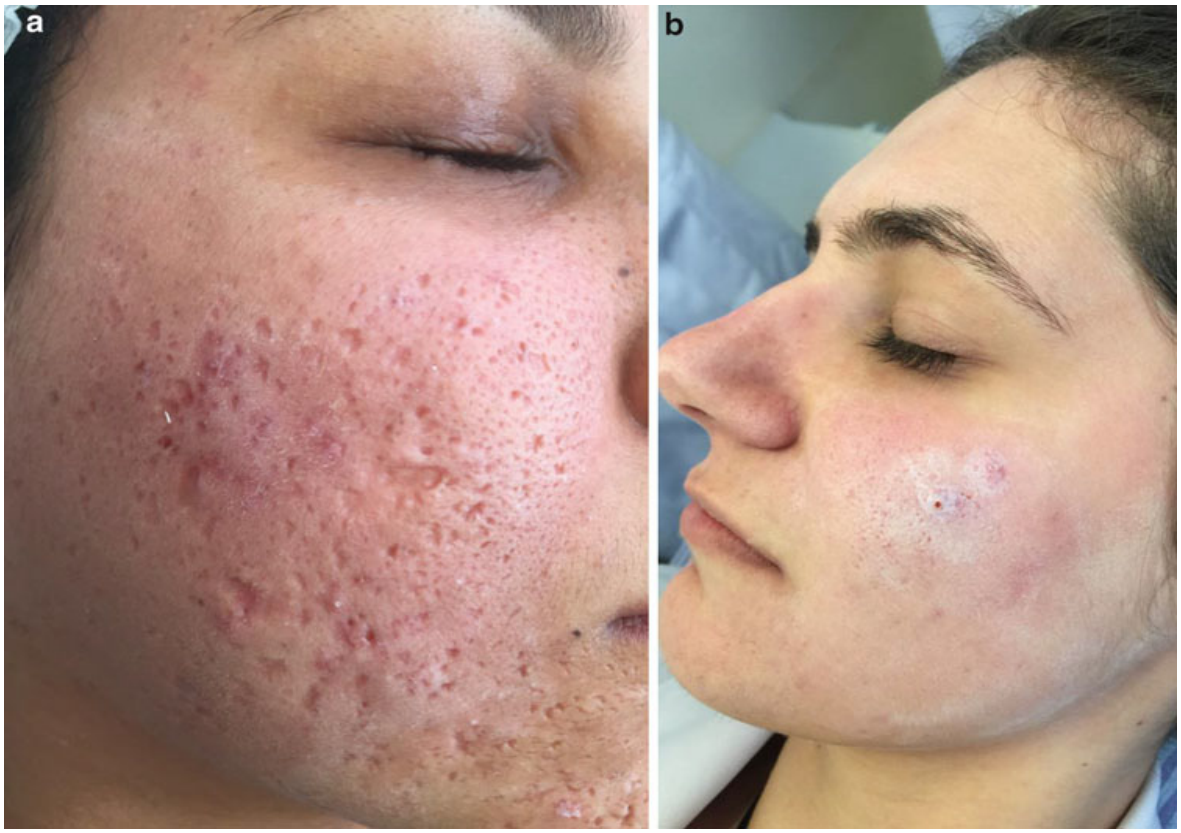
Tiến hành thủ thuật

- Tẩy trang với miếng cotton và lotion tẩy trang không chứa xà phòng.
- Rửa sạch mặt với gạc và cồn để loại bỏ lớp dầu trên mặt và làm tăng thấm.
- Bôi một đến hai lớp SA bằng cách dùng gạc (hình 1). Một miếng gạc cotton được sử dụng để bôi SA chỉ trên một vùng tổn thương duy nhất (như tổn thương mụn viêm).
- Sau một vài giây, bệnh nhân sẽ cảm thấy nóng rát nhẹ, cảm giác này sẽ kéo dài 3-4 phút. Trong thời gian này, đỏ da nhẹ và đồng nhất có thể xuất hiện ở những bệnh nhân người da trắng.
- Khi SA khô đi sẽ tạo một lớp màu trắng, đây không phải là lớp frost (lớp da nổi trắng do protein bị đông bởi acid) thực sự mà là sự lắng đọng của các tinh thể SA. Lớp trắng này thấy nhiều hơn trên bề mặt các tổn thương viêm (hình 2a, b).
- SA sau đó được trung hòa giống như khi peel bằng α-HA. Mặc dù đã được trung hòa, sau 5 phút, cần dùng một tấm gạc thấm nước để lau sạch vùng da được peel. Có thể dùng nước

https://nhathuocngocanh.com/

- Thủ thuật này có thể được lặp lại mỗi 2-4 tuần. Để đạt được kết quả lâm sàng tốt cần thực hiện 3-6 lần.

Hình 1: Dùng gạc để bôi salicylic acid



Hình 2. Lớp trắng ở trên da do lắng đọng tinh thể salicylic acid xuất hiện vài phút sau khi bôi: (a) sau khi bôi một lớp SA; (b) sau khi bôi 3 lớp SA.

https://nhathuocngocanh.com/

lạnh để làm dịu cảm giác bỏng rát.

Sau thủ thuật

Sau thủ thuật, bong da nhẹ xảy ra sau 3-5 ngày và kéo dày 7-10 ngày (hình 3).

Trong giai đoạn này, cần bôi chất dưỡng ẩm cho da khô, phải sử dụng kem chống nắng và không được bôi bất kì một loại thuốc điều trị nào khác như retinoic acid hay glycolic acid cho đến khi da hoàn toàn hồi phục. Cần phải lưu ý rằng việc kê đúng loại hoạt chất hỗ trợ làm lành là rất quan trọng, chẳng hạn như không nên kê thuốc bôi dầu cho bệnh nhân peel SA để điều trị da mụn. Trong trường hợp mụn trứng cá, chúng tôi khuyến cáo chỉ bôi chống nắng không chứa dầu (oil-free). Các thuốc điều trị mụn nên bắt đầu sử dụng lại sớm ngay khi da hồi phục.

Hình 3. Bong da nhẹ sau 4 ngày

Biến chứng và cách xử lí

SA thường xâm nhập nông trên bề mặt và an toàn cho hầu hết các loại da. Tuy nhiên, cần phải chăm sóc đối với những loại da có phân loại cao (III, IV, V) hoặc da không được chuẩn bị trước peel do có nguy cơ tăng sắc tố sau viêm. Do đó, chúng tôi luôn khuyên bệnh nhân tránh tiếp xúc với ánh sáng mặt trời ít nhất 1 tháng trước khi peel và 1 tháng sau khi peel.

Có thể bôi steroids trong thời gian ngắn (3-5 ngày) nếu xảy ra phản ứng viêm nặng ngay sau khi làm thủ thuật do phản ứng kích ứng và dị ứng với SA.

Nếu bị tăng sắc tố có thể kê chất làm trắng và chống nắng phù hợp với loại da của bệnh nhân.

Mặc dù cũng có nguy cơ ngộ độc salicylic acid, tuy nhiên nó rất hiếm khi xảy ra khi dùng ở dạng dung dịch. Ngộ độc xảy ra khi nồng độ salicylic acid trong máy tăng từ 200 đến 400µg/ml (Guedes 2012). Triệu chứng ngộ độc salicylic acid như sau:

- Ngộ độc nhẹ: khó thở, ù tai, kém nghe, chóng mặt, buồn nôn, nôn và đau bụng.
- Ngộ độc nặng: rối loạn hệ thống thần kinh trung ương, rối loạn tâm thần (giả ngộ độc rượu)

Kết luận

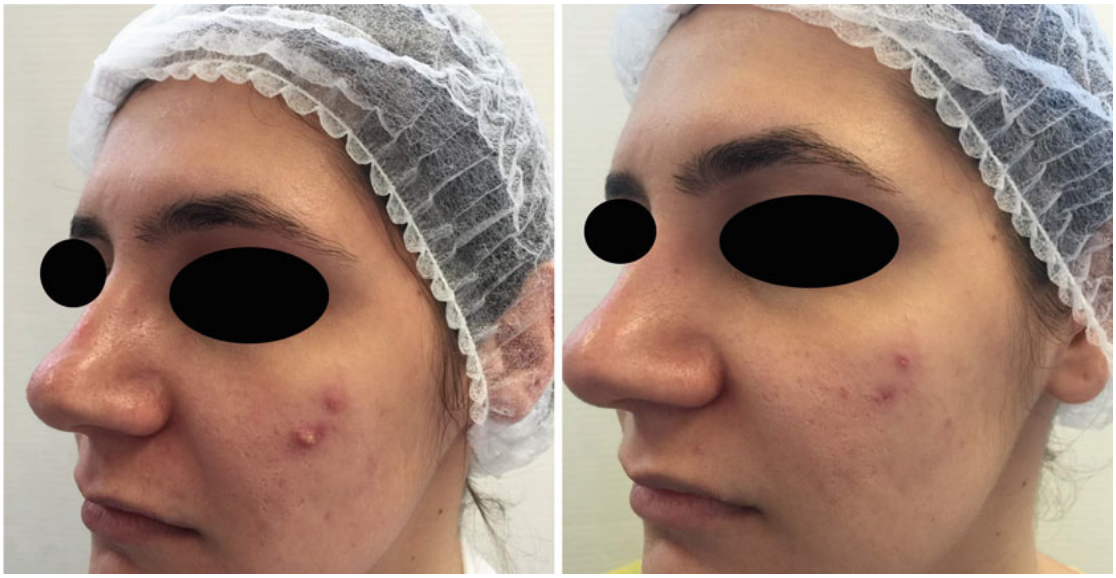
Peel bằng SA an toàn và hữu ích trong điều trị mụn, nám má, và da bị lão hóa ánh sáng. SA có thể dược dùng để điều trị vùng mặt và những vùng ngoài mặt.

Peel SA tương đối dễ chịu với chỉ bong da mỏng. Có thể thực hiện 3-6 lần cách nhau mỗi 2-4 tuần một

https://nhathuocngocanh.com/

lần. SA cũng có thể được dùng phối hợp với các chất peel nông khác trong cùng một thủ thuật để làm tăng khả năng xâm nhập của chất peel thứ hai đó, từ đó giúp làm tăng hiệu quả lâm sàng.

Trong điều trị mụn, peel SA giúp làm giảm tổn thương viêm (hình 4, 5) cũng như cải thiện tình trạng tăng sắc tố sau viêm và cấu trúc da.



Hình 4. Trước và sau một lần peel. Cải thiện lâm sàng sau 10 ngày.

Hình 5. Hình ảnh cận cảnh của cùng bệnh nhân trước và sau một lần peel. Lâm sàng cải thiện sau 10 ngày.

https://nhathuocngocanh.com/

Ghi nhớ

• Peel da hóa chất dễ thực hiện và rất hữu ích trong điều trị các vấn đề da khác nhau.

• Peel da SA an toàn và tác dụng tốt đối với các trường hợp mụn, nám má, và lão hóa da do ánh sáng.

• Khi điều trị mụn, SA giúp làm giảm tổn thương viêm cũng như giúp cải thiện tình trạng tăng sắc tố sau viêm và cấu trúc da.

• SA có thể được sử dụng để điều trị ở cả vùng mặt và vùng ngoài mặt.

• SA có thể được dùng phối hợp với các chất peel nông khác để làm tăng khả năng xâm nhập của chất peel thứ 2 và làm tăng hiệu quả lâm sàng.

• Peel SA tương đối dễ chịu với bong lớp da mỏng.

• Bệnh nhân cần phải nắm được những hạn chế của phương pháp này và có kỳ vọng đúng với thực tế.

Tài liệu tham khảo

• Ayres S. Dermal changes following application of chemical cauterants to aging skin. Arch Dematol. 1960;82:578.

• Baker TJ, Gordon HL. The ablation of rhytides by chem- ical means: a preliminary report. J Fla Med Assoc. 1961;48:541

• Brody HJ. Peeling químico e resurfacing. 2a ed. Rio de Janeiro: Reichmann & ffonso; 2000.

• Brody HJ, Hailey CW. Medium depth chemical peeling of the skin: a variation of superficial chemosurgery. J Dematol Surg Oncol. 1986;12:1268.

• Butler PE, Gonzalez S, Randolph MA, Kim J, Kollias N, Yaremchuk MJ. Quantitative and qualitative effects of chemical peeling on photoaged skin: an experimental study. Plast Reconstr Surg. 2001;107(1):222–8.

• Eller JJ, Wolf S. Skin peeling and scarification. JAMA. 1941;116:934–8.

• Fischer TC, Perosino E, Poli F, Viera MS, Dreno B. Chem- ical peels in aesthetic dermatology: an update 2009. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2010;24(3):281–92.

• Guedes LS. Hidroxiácidos. In: Costa A, editor. Tratado internacional de cosmecêuticos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. p. 365–73.

• Kede MP. Peelings químicos superficiais e médios. In: MPV K, Sabatovich O, editors. Dermatologia Estética. 3a ed. São Paulo: Ed. Atheneu; 2015. p. 601–34.

• Monheit G. The Jessner's þ TCA peel: a medium depth chemical peel. J Dematol Surg Oncol. 1989;15:945.

• Tung RC, Bergfeld WF, Vidimos AT, Remzi BK. Alpha- hydroxy acid-based cosmetic procedures. Guidelines for patient management. Am J Clin Dermatol. 2000;1 (2):81–8.

• Van Scott EJ, Yu RJ. Hyperkeratinization, corneocyte cohesion, and alpha hydroxy acids. J Am Acad Dermatol. 1984;11:867–79.

• Van Scott EJ, Ditre CM, Yu RJ. Alpha-hydroxyacids in the treatment of signs of photoaging. Clin Dermatol. 1996;14(2):217–26.

• Yokomizo VMF, Benemond TMH, Chisaki C, Benemond PH. Peelings químicos: revisão e aplicação prática. Surg Cosmet Dermatol.

https://nhathuocngocanh.com/

Chương 4
Peel bằng Pyruvic Acid

Carlos Gustavo Wambier

Tóm tắt

Peel pyruvic acid có thể được phân loại như là một loại peel bán trung bình, giữa peel nông và peel trung bình. Độ xâm nhập vào da phụ thuộc vào nồng độ của pyruvic acid, sự chà sát, dung môi, số lớp bôi, và thời gian tiếp xúc. Pyruvic acid có thể được cho thêm dầu cây ba đậu để đạt được peel sâu; tuy nhiên, phương thức này cần phải được nghiên cứu thêm để có thể được áp dụng trên lâm sàng. Chương này sẽ mô tả cách để đưa ra chỉ định cho các loại peel da bằng pyruvic acid khác nhau. Những hạn chế đặc biệt, chống chỉ định, chuẩn bị trước peel và hoạt chất sử dụng sau peel cũng được mô tả.

Nội dung

• Giới thiệu
• Chỉ định và hạn chế
• Lựa chọn bệnh nhân và chuẩn bị da
• Phương pháp bôi
• Lựa chọn độ mạnh dung dịch pyruvic acid
• Điều trị phối hợp
• Quá trình lành và chăm sóc sau peel
• Ghi nhớ
• Tham khảo

Giới thiệu

Với rất nhiều phương pháp điều trị tái tạo bề mặt da (resurfacing) như LASER, sóng cao tầng, microdermabrasion, và các loại peel hóa học cổ điển như trichloracetic acid (TCA), salicylic acid, retinoic acid, lactic acid, glycolic acid, carbolic acid, và những công thức phối hợp của những loại acid này thì cho dù với một bác sĩ kinh nghiệm họ cũng sẽ rất do dự khi thử một phương pháp khác, với một loại hóa chất ít phổ biến hơn, trừ khi loại hóa chất đó có một vài những ưu điểm mà tất cả những loại hóa chất peel kể trên không có được.

Mặc dù peel da bằng pyruvic acid có được nhiều sự quan tâm trong thập kỉ vừa qua, thì phương pháp này vẫn là một trường hợp "peel ngoại lệ". Loại alpha-keto-acid kích thước nhỏ này có pKa thấp và xâm nhập nhanh và sâu qua da, do đó có thể được xem như là một chất peel tiềm năng. Mặc dù, pyruvic acid được xem như là chất peel nông hoặc trung bình, tôi vẫn thích thuật ngữ "peel bán trung bình", bởi vì nó có thể đạt được kết quả tốt hơn so với peel nông thông thường nhưng lại nhẹ hơn so với peel ở độ sâu trung bình. Tuy nhiên, ở nồng

https://nhathuocngocanh.com/

độ cao và trong dung dịch cồn nó có thể đạt được hiệu quả peel sâu (Coleman và Brody 1997). Vảy da có thể thấy rõ vì phương pháp peel này gây phù lớp bì, giữ nước cùng với tiêu sừng nhẹ, kháng khuẩn, kháng viêm và ổn định tuyến bã, thêm vào đó chất này còn có khả năng kích thích sản xất mới col- lagen và elas- tin. Nhờ sở hữu đặc tính sinh hóa có thể tác động lên quá trình chuyển hóa năng lượng trong ty thể ở tất cả sinh vật hiếu khí, pyruvate được chuyển hóa thành acetyl coenzyme A trước khi bị oxi hóa hoàn toàn bởi CO2. Khi nồng độ O2 không đủ, pyru- vate được chuyển hóa thành lactate. Do đó, khả năng chuyển hóa năng lượng sinh hóa cơ bản của nó có thể ảnh hưởng đến chuyển hóa bên trong tế bào, và tác dụng của nó có thể không chỉ phụ thuộc tổn thương được gây ra bởi hóa chất.

Pyruvic acid rất là không ổn định, do đó sản phẩm cần được giữ kín khí trong tủ lạnh (2-80C). Loại acid này rất dễ bay hơi, có mùi rượu khét mạnh. Hơi acid có thể gây khó chịu đường thở và mắt, do đó bắt buộc phải đặt quạt khi tiến hành thủ thuật peel và bệnh nhân nên tránh mở mắt trong quá trình làm thủ thuật. Nếu không có sẵn tủ lạnh trong phòng khám, thì rất khó có thể giữ ổn định chất nầy.

Chỉ định và hạn chế

Chỉ định chính đối với peel bằng acid pyruvic là: mụn (độ I-IV) (Cotel- lessa 2004; Marczyk 2014), da dầu (Marczyk 2014), viêm nang lông, tổn thương da ánh sáng nhẹ và nếp nhăn nông (Glogau I-II) sẹo nông bề mặt và đốm nâu (Be- rardesca 2006). Acid này còn có thể mang lại lợi ích cho các bệnh nám má ở bệnh nhân có phân loại da I-III, đặc biệt là ở những người có kèm theo sẹo mụn hay thay đổi sắt tố da gây ra bởi hy- droquinone như đốm trắng da, hoặc tăng sắc tố nhẹ sau viêm.

Hạn chế của chất này là xâm nhập lớp nông bề mặt da, nên không có tác dụng đối với những vấn đề sâu hơn của da như nếp nhăn sâu, sẹo mụn sâu, và tăng sắc tố lớp bì. Việc cho thêm dầu cây ba đậu (croton) để làm tăng tác dụng kích thích collagen chỉ đang được là thí nghiệm, cần có công thức và protocol điều trị tốt hơn. Đối với những trường hợp thượng bì dày hơn, nó thường không có hiệu quả. Do đó, nếu phối hợp điều trị với TCA sẽ cho kết quả tốt hơn trong điều trị dày sừng ánh sáng.

Lựa chọn bệnh nhân và chuẩn bị da

Sàng lọc bệnh nhân là điều bắt buộc khi peel da bằng pyruvic acid. Cảnh báo: acid pyruvic xâm nhập rất nhanh và nguy hiểm trên da vốn bị tổn thương hàng rào da như trong viêm da mạn tính, kích ứng với ret- inoid, viêm da dầu, viêm da cơ địa, và viêm da quanh miệng. Nếu frost (lớp da bị nổi tuyết do protein bị đông vón bởi acid) xảy ra trong quá trình peel da bằng pyruvic acid thì vùng bị tổn thương chắc chắn sẽ bị tăng sắc tố sau viêm nặng.

Bệnh nhân có phân loại da I-III khỏe mạnh là lựa chọn lý tưởng cho thủ thuật này. Khả năng thấm thường đồng đều thậm chí đối

https://nhathuocngocanh.com/

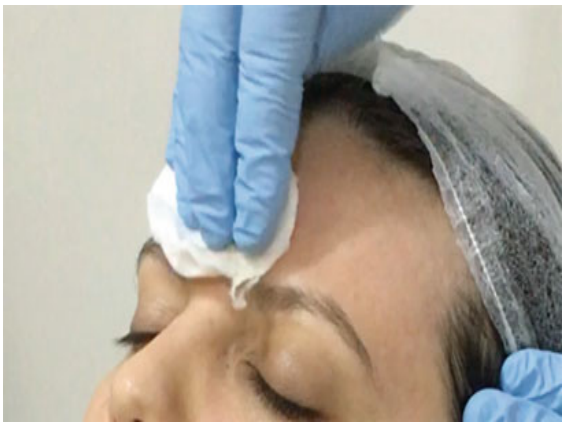
với da không được chuẩn bị trước. Trong một vài trường hợp da quá dầu và nhiều nhân mụn, bệnh nhân nên sử dụng các chất có khả năng tiêu sừng nhẹ như gly- colic acid 10%, pyruvic acid 8%, aze- laic acid 15%, hay adapalene 0.1% ít nhất một tháng trước khi peel lần thứ nhất, sau đó có thể duy trì sau các lần peel. Vì những chất này thường gây kích ứng da trong tuần đầu sử dụng, do đó bệnh nhân nên sử dụng trước một tháng để da có thời gian thích nghi với chúng. Nên ngưng những sản phẩm bôi trên từ 48-72h trước khi peel để tránh kích ứng quá mức vùng dễ bị tổn thương như vùng quanh miệng hay quanh ổ mắt vì có thể gây ra tăng sắc tố sau viêm. Bệnh nhân cần phải lưu ý nguy cơ tăng sắc tố sau viêm này và biến chứng này có thể tồn tại tạm thời trong vòng 6 tháng.

Phương pháp bôi

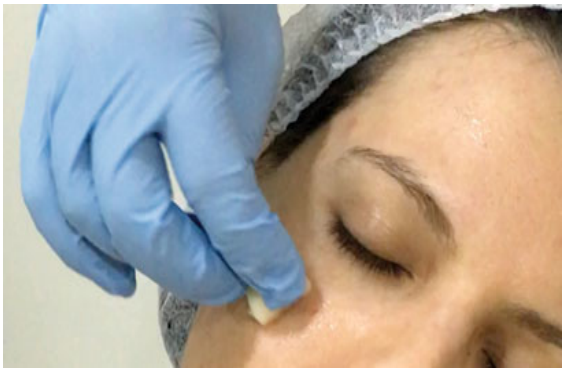
Cần phải tẩy nhờn để hạn chế khả năng xâm nhập của acid vì pyruvic acid thấm tốt đối với da dầu. Tẩy nhờn có thể được tiến hành nhẹ nhàng bằng miếng cotton mềm tẩm ethanol 70% (hình 1).

Nếu bất kì vùng da nào bị đỏ và đau khi tẩy nhờn bằng alcohol thì nên hoãn thủ thuật lại hoặc nếu vùng da chính cần điều trị vẫn ổn và an toàn để peel thì có thể tiến hành peel ở tại vùng đó và tránh những vùng da bị kích ứng để không gây tăng sắc tố sau viêm.

Cần dùng miếng cotton mềm (hình 2), bàn chải mềm, hoặc miếng gạc xốp được gấp 4x4 để bôi acid. Dùng miếng cotton mên bôi sẽ tạo ra một lớp dung dịch mỏng và không làm tăng sự xâm nhập của acid do không chà xát vào da. Bàn chải mềm như bàn chải lông chồn hoặc bàn chải lông cừu thì rất mềm mại nhưng khi bôi lên da lại tạo ra một lớp dung dịch dày hơn. Có sự khác nhau này vì lông ít thấm dung dịch, trong khi miếng cotton giống như miếng xốp, nó thấm tốt hơn.



Hình 1: tẩy nhờn nhẹ bằng miếng cotton tẩm ethanol 70%



Hình 2: Tiến hành peel với pyruvic acid 40% trong dung dịch cân bằng nước-ethanol. Peel lần đầu với thỏi cotton để tạo một lớp mỏng trên da, không chà xát. Đặt quạt cạnh bệnh nhân để tránh gây kích ứng đường thở do acid bay hơi. Mắt bệnh nhân nhắm trong suốt quá trình làm thủ thuật để hạn chế kích ứng vùng mắt do acid bay hơi.

https://nhathuocngocanh.com/

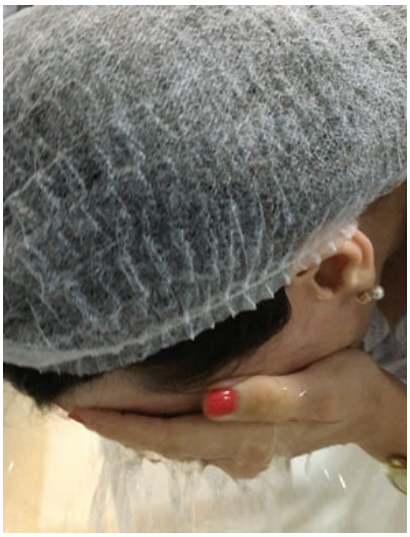
Khi dùng miếng gạc xốp có thể làm tăng độ xâm nhập bằng cách chà từ nhẹ đến mạnh vào da. Thay vì chà mạnh để tạo peel sâu thì nên cân nhắc chuyển qua dùng một loại chất peel sâu khác như phenol 30-35% với dầu croton 0.4%, chất này sẽ xâm nhập tốt hơn vào lớp bì.

Pyruvic acid cần phải được trung hòa hoặc rửa sạch khi da bắt đầu đỏ, thường da sẽ đỏ sau 3-5 phút. Do đó, dung dịch cần phải được bôi nhanh, toàn bộ mặt hoặc được bôi theo mỗi đơn vị thẩm mỹ và trung hòa từng đơn vị một, cách này có thể giúp kiểm soát sự xâm nhập đồng nhất vì ở vùng quanh miệng, quanh ổ mắt, và vùng cằm acid xâm nhập nhanh hơn so với vùng trán. Do đó nếu áp dụng kĩ thuật bôi toàn bộ mặt thì tôi thường bắt đầu bôi vùng trán và vùng mũi trước. Sau đó, dung dịch peel sẽ được bôi tiếp ở vùng má 2 bên, vùng má giữa, vùng quanh mũi, vùng quanh miệng, và sau đó là vùng quanh mắt/cổ.

Để đảm bảo an toàn, peel này cần phải được trung hòa đặc hiệu bằng dung dịch sodium bicarbonate 10% hoặc rửa mặt trong chậu đầy nước. Trung hòa acid sẽ giúp hạn chế tổn thương bề mặt da. Bắt đầu trung hòa ở vùng da đỏ nhất, thường là vùng quanh ổ mắt và quanh miệng. Tuy nhiên đối với những bệnh nhân có sự chuẩn bị trước peel tốt, vùng trán có thể đỏ khi vừa bôi xong và phải tiến hành trung hòa đầu tiên (do vùng trán thường phải được bôi đầu tiên). Trong một vài trường hợp, để có hiệu quả tốt hơn có thể không cần trung hòa.

Nên trung hòa toàn bộ da mặt, do đó dung dịch bicarbonate 10% nên được chuẩn bị sẵn trong một cốc nước bằng nhựa (loại dùng một lần), sau đó ngâm khăn cotton vào cốc này trước khi bôi lên từng vùng để trung hòa acid (hình 3). Có thể dùng bicarbonate dạng phung sương hoặc dùng với miếng bông hoặc khăn cotton. Nếu dùng khăn thấm nước để trung hòa dung dịch thì nên dùng nhiều khăn thấm nước hơn để trung hòa nhiều lần. Sau khi đã hoàn toàn

Hình 3: Trung hòa bằng sodium bicabonate 10% với khăn cotton lớn và mềm.



Hình 4: rửa mặt với chậu nước để loại bỏ pyruvic acid. Lưu ý rằng phương pháp này không trung hòa mà làm loãng dung dịch acid.

https://nhathuocngocanh.com/

loại bỏ dung dịch acid trên mặt, nên khuyên bệnh nhân rửa mặt trong chậu nước để đảm bảo loại bỏ tối đa acid trên da mặt (hình 4).

Lựa chọn độ mạnh của dung dịch pyruvic acid

Trước khi lựa chọn nồng độ dung dịch pyruvic acid, bắt buộc phải có hiểu biết về dung môi của acid. Mặc dù dung dịch ethanol có thể giúp peel mạnh hơn, nhưng dung dịch dạng nước lại ổn định hơn, ít bị bay hơi. Tuy nhiên pyruvic trong nước sẽ tạo thành một lượng lactic acid. Lactic acid giúp giữ nước cho da và giảm sắc tố da. Do đó, tác giả khuyến cáo sử pyruvic acid trong dung dịch có sự "cân bằng" nước-alcohol (40-60% ethanol).

Nên luôn bắt đầu bằng pyruvic acid 40%, đây là nồng độ an toàn và có hiệu quả. Chỉ nên tăng nồng độ lên 50% nếu bệnh nhân không có than phiền gì trong lần peel thứ nhất và mong muốn có kết quả tốt hơn.

Hình 5,6,7, và 8 cho thấy kết quả sau peel bằng pyruvic acid cho các trường hợp mụn trứng cá, sẹo mụn và da dầu.

ĐIỀU TRỊ PHỐI HỢP

Retinoic acid

Để đạt được hiệu quả tốt hơn với da nhiều dầu, một vài bệnh nhân có thể được chỉ định peel pyruvic acid phối hợp với retinoic acid 5% giống như khi phối hợp retinoic acid trong peel bằng salicylic acid và Jessner peel vậy. Dung dịch hoặc kem retinoic acid được bôi lên vùng da điều trị từ 2-6h, sau đó rửa sạch bằng xà phòng trẻ em ở nhà.

Khi dùng phối hợp với retinoic acid sẽ làm giảm kích thước tuyến bã nhờn tốt hơn. Tuy nhiên peel bằng retinoic acid thường gây kích ứng và khô da trong 3 ngày đầu tiên. Hình 9, 10, 11, và 12 cho thấy kết quả khi phối hợp pyruvic acid và retinoic acid.

Q-Switched 1064 nm LASER Toning

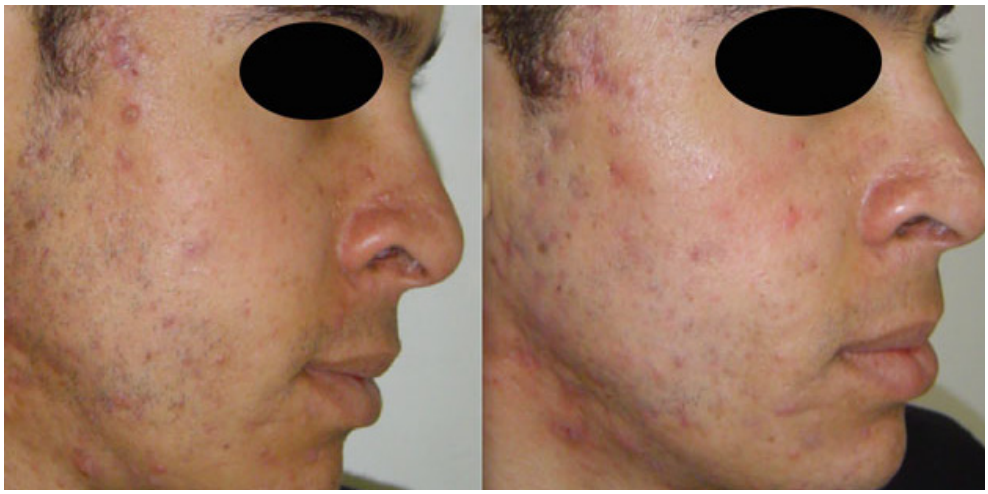
Để tăng tác dụng lên tăng sắc tố sau viêm (PIH) và những thay đổi sắc tố khác, pyruvic acid có thể được bôi ngay sau khi đi laser toning. Đối với chỉ định này, không nên dùng pyruvic acid có nồng độ quá 40% vì làm tăng nguy cơ xâm nhập vào sâu của acid. Một vài bệnh nhân với tình trạng

Hình 5: kết quả 10 ngày sau một liệu trình peel bằng pyruvic acid 40%. Sự giảm sẩn mụn và giảm lỗ chân lông cho thấy được hiệu quả giảm viêm của phương pháp.

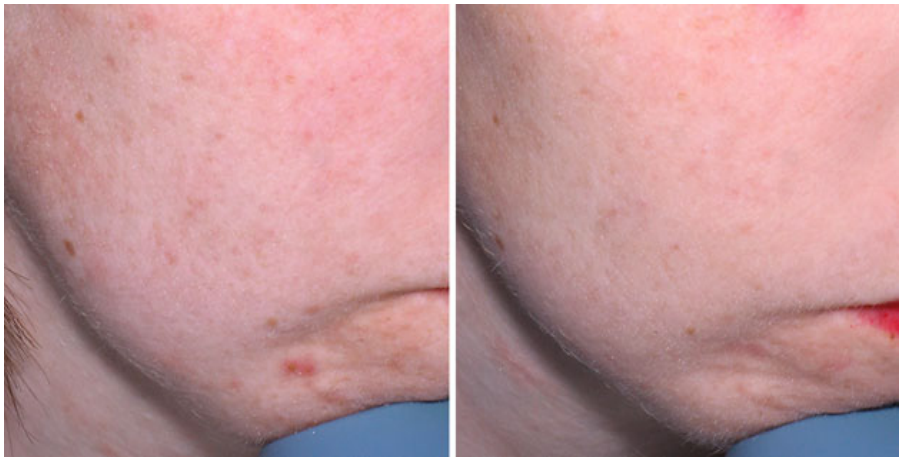
https://nhathuocngocanh.com/

Hình 6: Loạt hình ảnh bệnh nhân sau peel pyruvic acid mỗi tuần. Lần thứ nhất được thực hiện với dung dịch pyruvic acid 40%, lần thứ hai với 50%.

Hình 7: Loạt hình ảnh bệnh nhân sau peel pyruvic acid mỗi tuần. Lần thứ nhất được thực hiện với dung dịch pyruvic acid 40%, lần thứ hai với 50%.



Hình 8: Kết quả sau một lần peel bằng pyruvic acid 40% cho bệnh nhân bị mụn viêm.



Hình 9: kết quả sau peel 1 lần với pyruvic 40%, phối hợp với peel bằng 5% retinoic acid.

https://nhathuocngocanh.com/

mụn đang tiến triển có thể cải thiện tốt nhờ sự phối hợp của Q-switched+pyruvic acid+ retinoic acid từ sau 2-5 lần điều trị, với khoảng cách giữa mỗi lần là 14 ngày. Hình 10, 11, 12, 13, và 14 cho thấy kết quả khi phối hợp pyruvic acid với laser toning.

TCA

Trong điều trị đa dày sừng ánh sáng với peel, pyruvic 50% có thể bôi sau khi bôi TCA 35-40% trước đó 5 phút. Sự phối hợp này giúp peel sâu hơn trong trường hợp dày sừng so với chỉ đơn thuần sử dụng TCA. Pyruvic acid có thể được trung hòa (hình 15 và 16) hoặc không trung hòa để làm tăng tổn thương hóa học lên da (hình 17).

Dầu cây ba đậu (croton oil)

Đối với các bệnh lí ở lớp bì, vấn đề chính là khả năng tan của croton oil trong dung dịch nước-alcohol của pyruvic acid 50%. Tác giả đã thử dung dịch phối hợp này trên những vùng điều trị như sẹo hoặc nếp nhăn sâu của một vài bệnh mà không có sự cải thiện đáng kể sau 3 tháng theo dõi và không có lợi ích thêm vào nào so với chỉ dùng pyruvic acid 50% và chà xát. Tuy nhiên, tác giả thấy rằng croton oil không trộn được với dung dịch pyruvic acid trong dung dịch nước-alcohol. Có thể dùng dung dịch ethanol 100% hoặc thêm chất surfactant sẽ làm tăng khả năng hòa tan, tuy nhiên chỉ được báo cáo trên các thí nghiệm lâm sàng.

Luận án tiến sĩ của Dr. Bogdana Kadunc năm 1998 mô tả hiệu quả trên da lợn của pyruvic acid 60-100%. Thí nghiệm này chứng minh rằng pyruvic acid có thể được sử dụng để peel nông, trung bình hoặc sâu. Khi trộn tỉ lệ 1 giọt croton oil với mỗi 5ml pyruvic acid, với dung môi là alcohol tuyệt đối (ethanol). Kết quả chô thấy có sự tăng độ sâu peel khi peel mà không trung hòa, khi tăng nồng độ của pyruvic acid, và khi thêm croton oil và methyl salycilate.

Hình 10: Kết quả sau 3 lần sử dụng liệu pháp phối hợp Q-switched 1064nm LASER toning với peel pyruvic acid 40% và peel retinoic acid 5%.

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 11: Da trước khi thực hiện 3 lần liệu pháp phối hợp Q-switched 1064 LASER toning với peel pyruvic acid 40% và peel retinoic acid 5%.

Methyl salicylate ở nồng độ 10% giúp làm tăng thêm tổn thương hóa học so với croton oil khi trộn ở tỉ lệ 1 giọt mỗi 5ml (0.8%). Một vài sự kết hợp như pyruvic acid 80-100% với croton ol 0.8% và metyl salycilate 10% không trung hòa và gây bít tắt, cũng như pyruvic acid 100% đơn lẻ bôi có chà xát (friction) bằng bàn chải cứng cho một độ sâu peel giống nhau (ngang lớp bì lưới), nhưng trong trường hợp dùng bàn chải cứng thì viêm và hoại tử nhiều hơn. Trung hòa trong 5 hay 15 phút không có sự khác biệt khi dùng dung dịch nồng độ cao (Kadunc 1998).

Lành vết thương và chăm sóc sau peel

Da sẽ trở nên đỏ trong khoảng 4-6 h sau peel. Trong khoảng thời gian này, một vài bệnh nhân có thể sẽ có cảm giác châm chích, bỏng rát ở quanh các lỗ tự nhiên trên mặt. Thường thì da sẽ không bị khô hay bong vảy như các loại peel nông khác, trừ khi bệnh nhân được peel phối hợp với một loại acid thứ hai khác như retinoic acid.

Đối với chăm sóc sau peel, trong 3 ngày đầu tiên, hạn chế rửa mặt và tắm không quá 2 lần một ngày với lotion rửa mặt nhẹ, dầu gội em bé. Trong khoảng thời gian quan trọng này, bệnh nhân khuyến cáo sử dụng cream hoặc gel dưỡng ẩm không sinh còi mụn (non-comedogenic) trong tuần đầu tiên, trước khi sử dụng các loại kem duy trì đã được kê đơn.

Nếu peel mạnh hơn như peel pyruvic acid phối hợp với TCA, bệnh nhân có thể dùng dầu dưỡng ẩm như Vaselin trong thời gian lành vết thương.

Nếu thấy frost trong quá trình peel pyruvic acid đơn độc, cần chăm sóc cẩn thận các vùng da dễ tổn thương bằng cách dùng gel steroid mạnh như clobetasol 0.05% gel và chống nắng có chỉ số SPF cao. Dù được chăm sóc cẩn thận, vẫn có thể bị tăng sắc tố sau viêm (PIH) sau 14 ngày (hình 18). Ngược lại với PIH gây ra bởi retinoic acid hay Jessner peel ,những mảng tăng sắc tố sau viêm (PIH) này rất khó kiểm soát. PIH có thể được điều trị với công thức Kligman, chống nắng, tranexamic acid uống, và laser Q-switched 1064nm (hình 19).

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 12: Kết quả sau khi thực hiện 3 lần liệu pháp phối hợp Q-switched 1064 LASER toning với peel pyruvic acid 40% và peel retinoic acid 5%.

Hình 13: Giảm sắc tố da sau khi thực hiện 1 lần liệu pháp phối hợp Q-switched 1064 LASER toning với peel pyruvic acid 40%.

Hình 14: Giảm sắc tố da và kích thước lỗ chân lông sau khi thực hiện 1 lần liệu pháp phối hợp Q-switched 1064 LASER toning với peel pyruvic acid 40%.

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 15: Kết quả sau 2 lần sau peel pyruvic 50% + peel điểm bằng TCA 40% cho các đốm sắc tố ở tay

Hình 16: Kết quả sau 1 lần peel pyruvic acid 50% toàn bộ mặt sau khi peel bằng TCA 35% trên mảng tăng sắc tố.

Hình 17: Điều trị dày sừng ánh sáng nặng trên da đầy bằng 3 lần phối hợp peel pyruvic 50% sau khi peel TCA 35%.

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 18: Frost trong quá trình peel pyruvic acid ở vùng dễ tổn thương gây đỏ da nặng kéo dài, tiếp theo đó là tăng sắc tố sau viêm ở vùng kích thích do dùng kem dưỡng trắng (trái). PIH giảm xuống mức độ nhẹ sau 4 tháng điều trị với Q-switched 1064nm laser peel và công thức Kligman (phải)

Hình 19: sau peel pyruvic acid một lần (trái). PIH giảm sau 4 tháng điều trị với Q-switched 1064nm laser peel và công thức Kligman (phải)

Ghi nhớ

• Peel bằng pyruvic acid rất là đa dạng

• Tác dụng chống viêm và diệt khuẩn tạo nên sự khác biệt lớn của acid này.

• Có thể hạn chế nguy cơ bị PIH bằng cách chuẩn bị và lựa chọn bệnh nhân phù hợp.

• Phối hợp điều trị có thể đạt hiệu quả tốt hơn.

Tài liệu tham khảo

• Berardesca E, Cameli N, Primavera G, Carrera M. Clinical and instrumental evaluation of skin improvement after treatment with a new 50% pyruvic acid peel. Dermatol Surg. 2006;32(4):526–31.

• Coleman WP, Brody HJ. Advances in chemical peeling. Dermatol Clin. 1997;15(1):19–26.

• Cotellessa C, Manunta T, Ghersetich I, Brazzini B, Peris K. The use of pyruvic acid in the treatment of acne. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2004;18(3):275–8.

• Ghersetich I, Brazzini B, Peris K, Cotellessa C, Manunta T, Lotti T. Pyruvic acid peels for the treat- ment of photoaging. Dermatol Surg. 2004; 30(1):32–6. discussion 36

https://nhathuocngocanh.com/

• Kadunc BV. Pyruvic acid: standardization technique for the use in chemical peelings by means of experimental study. University of Sao Paulo; 1998.

• Marczyk B, Mucha P, Budzisz E, Rotsztejn H. Comparative study of the effect of 50% pyruvic and 30% salicylic peels on the skin lipid film in patients with acne vulgaris. J Cosmet Dermatol. 2014;13(1):15–21.

https://nhathuocngocanh.com/

Chương 5

Jessner Peel

Jane Marcy Neffa Pinto, Lilian Mathias Delorenze, Wellington Vasques, và Maria Claudia Almeida Issa

Tóm tắt

Jessner peel là một loại peel hóa chất nông, gây phá hủy một phần hoặc toàn bộ lớp thượng bì nhờ vào hoạt động tiêu sừng. Dung dịch Jessner gồm 14% resorcinol, 14% salicylic acid và 14% lactic acid trộn với đủ 100ml ethyl alcohol. Dung dịch này chủ yếu được khuyến cáo sử dụng trong điều trị tổn thương do ánh sáng (nếp nhăn nhỏ, dày sừng ánh sáng, đốm nâu), các rối loạn sắc tố (nám má, tăng sắc tố sau viêm), và mụn trứng cá. Dung dịch Jessner có thể sử dụng đối với tất cả loại da theo phân loại của Fitzpatrick, không cần giảm đau, bong da ở mức độ chấp nhận được. Peel quá mức và biến chứng thường hiếm xảy ra.

Nội Dung

• Giới thiệu
• Công thức peel và cơ chế tác động
• Lựa chọn bệnh nhân
• Chuẩn bị trước thủ thuật
• Tiến hành thủ thuật
• Chăm sóc da sau thủ thuật
• Biến chứng và tác dụng phụ
• Ghi nhớ
• Thuật ngữ
• Tham khảo

Giới thiệu

Dung dịch Jessner là một loại dung dịch peel nông nhờ tác dụng tiêu sừng (Jackson 2014; Salam 2013; Sharquie 2006) được phát triển bởi Max Jessner (Jacobs và Roenigk 2010). Loại peel này đã được sử dụng hơn 100 năm trong điều trị các bệnh lí da ở thượng bì (Jackson 2014; Bae 2013). Dung dịch peel này rất dễ sử dụng và có thể dùng một mình hoặc phối hợp với các loại peel khác (Salam 2013; Bae 2013).

Công thức Peel và cơ chế hoạt động

Dung dịch được tạo ra bởi Max Jessner chứa 14% salicylic acid, 14% lactic acid, và 14% resorcinol trong 95% ethanol (Jackson 2014; Salam 2013; Jacob và Roenigk 2010; Bae 2013; Bourelly và Lotsikas-Baggili 2005; Fischer 2010). Salicylic acid có tính nhạy cảm ánh sáng, và lactic acid hấp thụ nước trong không khí, do đó, dung dịch này nhạy cảm với ánh sáng

https://nhathuocngocanh.com/

và không khí (Jacob và Roenigk 2010; Yokomizo 2013).

Cơ chế hoạt động chính của dung dịch này dựa trên hoạt tính tiêu sừng của salicylic acid và resorcinol và hoạt tính phân giải thượng bì của lactic acid (Jacob và Roenigk 2010; Yokomizo 2013). Các chất tiêu sừng trong dung dịch Jessner làm mất đi sự kết dính giữa các tế bào sừng trong lớp sừng và gây ra sự phù tế bào và khoảng kẽ trong lớp thượng bì phía trên sau khi bôi liên tục dung dịch này. Điểm cuối lâm sàng trong peel của Jessner là đỏ da và streaky frost (lớp trắng như tuyết theo đường dọc), dung dịnh có tính tự trung hòa và có thể bôi nhiều lần trong một đợt để gây tổn thương sâu hơn (Jackson 2014; Bourelly và Lotsikas-Baggili 2005).

Khả năng xâm nhập phụ thuộc vào số lớp dung dịch được bôi, có thể dùng dung dịch này để peel ở độ sâu trung bình. Peel này có thể gây cảm giác bỏng rát, cảm giác này có thể (hoặc không) được làm dịu bằng nước và dung dịch này có thể dùng trên mặt hoặc trên cơ thể (cổ, lưng), tuy nhiên mỗi lần chỉ nên tiến hành thủ thuật trên một vùng để tránh nguy cơ bị ngộ độc salicylic acid (Jacobs và Roenigk 2010; Bae 2013; Yokomizo 2013).

Ngộ độc salicylic acid là một biến chứng hiếm trong peel da bằng salicylic acid, biến chứng này chỉ xảy ra khi bôi một vùng da quá rộng. Dấu hiệu ngộ độc trên lâm sàng gồm chóng mặt, ù tai, và ngộ độc hệ thần kinh trung ương (Laudau 2008).

Lựa chọn bệnh nhân

Dung dịch Jessner được sử dụng như là một chất để peel nông và có thể sử dụng trong nhiều trường hợp như mụn trứng cá, tăng sắc tố sau viêm, nám má nhẹ, cải thiện cấu trúc da, và lão hóa da ánh sáng (Salam 2013; Jacobs và Roenigk 2010; Bourelly và Lotsikas-Baggili 2005; Zakopoulou và Kontochristopoulos 2006). Tuy nhiên, một vài tác giả khuyến cáo không nên chỉ sử dụng dung dịch Jessner đơn lẻ trong điều trị những rối loạn sắc tố, mụn trứng cá hoặc sẹo (Salam 2013).

Mặc dù peel nông có thể áp dụng cho tất cả phân loại da theo Fitzpatrick (I đến IV) (Zakopoulou và Kontochristopoulos 2006), nhưng cần phải cẩn thận khi dùng dung dịch Jessner trong điều trị bệnh nhân có phân loại da sạm màu hơn (IV đến VI) vì nguy cơ biến chứng cao như tăng sắc tố sau viêm (PIH) và giảm sắc tố (Jackson 2014; Salem 2013).

Khi lấy tiền sử bệnh nhân cần tập trung khai thác những rối loạn da như các loại viêm da, vảy nến (nguy cơ xảy ra hiện tượng Koebner sau peel), hoặc nhiễm virus HSV (Jackson 2014; Salam 2013; Yokomizo 2013; Landau 2008; Langsdon và Shires 2012). Với bệnh nhân có tiền sử nhiễm HSV, cần điều trị dự phòng bắt đầu từ 2 ngày trước khi peel và tiếp tục 7-14 ngày sau thủ thuật. Những bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch như bệnh nhân HIV không nên làm thủ thuật thường xuyên vì nguy cơ nhiễm khuẩn sau peel cao (Salam 2013).

Bệnh nhân có tiền sử phơi nhiễm phóng xạ, ức chế miễn dịch, bệnh tự miễn và bệnh collagen

https://nhathuocngocanh.com/

mạch máu có thể làm chậm quá trình lành sau peel (Salam 2013; Langsdon và Shire 2012).

Ngoài ra cần hỏi về tiền sử dùng thuốc. Khuyến cáo bệnh nhân chờ từ 6-12 tháng sau khi ngưng liệu pháp isotretinoin trước khi tiến hành peel vì isotretinoin có thể làm giảm khả năng lành của da (Salam 2013; Langsdon và Shires 2012). Nên ngưng retinoids bôi 1 tuần trước khi peel. Cũng cần xác định rõ nếu bệnh nhân có sử dụng các thuốc làm tăng tính nhạy cảm ánh sáng (ví dụ: minocycline, amiodarone, thiazides, tricyclic antidepressants) và các điều trị hệ thống làm tăng nguy cơ tăng sắc tố sau viêm như thuốc tránh thai đường uống, điều trị hormone, tiền sử hút thuốc, sẹo lồi/phì đại trước đây, và các thủ thuật thẩm mỹ đã làm (Salam 2013).

Với những bệnh nhân khai rằng họ có da nhạy cảm, cần phải thực hiện test dị ứng (patch-test) với chất peel trên một vùng da nhỏ, kín đáo trước khi đưa ra quyết định peel hóa chất toàn bộ mặt (Langsdon và Shires 2012; Cortez 2014).

Hỏi nghề nghiệp của bệnh nhân cũng rất quan trọng, đặt biết đối với những công việc ngoài trời (Salam 2013).

Cũng như đối với tất cả các thủ thuật thẩm mỹ khác, bác sĩ nên hiểu những mong muốn bệnh nhân và trao đổi về những kỳ vọng thực tế của thủ thuật. Bệnh nhân cũng phải hiểu được vai trò hết sức quan trọng của họ trong việc chăm sóc da trước và sau khi peel. Như thông lệ, cần máy ảnh chất lượng tốt để ghi lại hình ảnh bệnh trước và sau thủ thuật (Langsdon và Shires 2012).

Chống chỉ định của Jessner peel là: phụ nữ có thai, bệnh nhân điều trị isotretinoin trong vòng 6 tháng gần đây và đang nhiễm HSV (Fischer 2010).

Chuẩn bị cho thủ thuật

Trong lần "tư vấn đầu tiên" và sau khi bệnh nhân được lựa chọn để áp dụng Jessner peel cần phải thảo luận với bệnh nhân về quy trình peel, chăm sóc sau peel, các biện pháp thay thế, nguy cơ, biến chứng, hạn chế và những điều trị thêm có thể. Không hứa trước với bệnh nhân rằng thủ thuật sẽ mang lại kết quả hoàn hảo (Langsdon and Shires 2012).

Chụp ảnh toàn bộ mặt và những vùng đặt biệt quan tâm (Salam 2013; Langsdon and Shires 2012).

Cần phải quyết định thời gian peel để lên kế hoạch điều trị trước thủ thuật. Thời gian điều trị bắt đầu từ 2-4 tuần trước thủ thuật, và ngưng trước khi làm thủ thuật 3 ngày (Salam 2013). Mục đích là để làm tăng hiệu quả của peel da. Mục đích chính của giai đoạn này là làm mỏng lớp sừng, tăng độ xâm nhập đồng điều của chất peel, nhanh lành vết thương và giảm nguy cơ bị PIH và/hoặc sẹo. Điều trị trước thủ thuật với tretinoin 0.05% cream ít nhất 2 tuần có thể thúc đẩy quá trình lành của da. Những chất khác có thể được sử dụng trong điều trị trước thủ thuật gồm có hydroquinone, salicylic acid, glycolic acid, kojic acid, retinol, azelaic acid, topical steroids, và chống nắng (Jackson 2014).

Bệnh nhân nên được biết về những nguy cơ có thể xảy ra như khô

https://nhathuocngocanh.com/

da, kích ứng và đỏ da. Chống nắng sẽ giúp làm giảm nguy cơ bị tăng sắc tố sau viêm. Do đó, giáo dục bệnh nhân là yếu tố cần thiết để làm giảm nguy cơ xuất hiện biến chứng (Salem 2013).

Tiến hành thủ thuật

Bước đầu tiên luôn có trong mỗi protocol peel đó là bước làm sạch trước khi bôi hóa chất peel (hình 1). Khả năng thấm đồng đều của chất peel là rất quan trọng, từ đó sẽ cho kết quả đồng nhất. Kỹ thuật bôi hóa chất rất đơn giản. Đầu tiên da được lau sạch toàn bộ và cẩn thận với alcohol hoặc cetone để loại bỏ lớp mỡ và dầu cũng như loại bỏ những mạnh vụn tế bào chết lớp sừng. Da sau đó được rửa sạch và làm khô (Monheit và Chastain 2001).

Bước tiếp theo sử dụng gạc, cotton, dụng cụ bôi để bôi hóa chất peel (hình 2). Bôi tiếp một lớp mới sau 3-4 phút. Rửa với nước để loại bỏ toàn bộ tinh thể salicylic acid (Jacobs và Roenigk 2010; Yokomizo 2013). Khi tăng số lớp hóa chất, sẽ làm tăng lượng hóa chất bôi lên da và do đó sẽ làm tăng độ xâm nhập vào da (Bourelly và Lotsikas-Baggili 2005).

Độ sâu:

- Độ I: một lớp. gây đỏ da nhẹ và tạo một lớp tuyết trên bề mặc giống như bột, có thể dễ dàng loại bỏ.
- Độ II: hai đến ba lớp. Đỏ da nhiều hơn, xuất hiện các đốm frost ở các vùng da mỏng. Cảm giác bỏng rát từ nhẹ đến trung bình (hình 3).
- Độ III: ba đến bốn lớp. Gây đỏ da nặng, xuất hiện frost, cảm giác bỏng rát trung bình (Jacobs và Roenigk 2010; Yokomizo 2013) (hình 4)

Hình 1: Những vật dụng cần thiết cho thủ thuật gồm lotion rửa mặt, alcohol 70% (hoặc aceton), cotton, gạc và dung dịch peel.

Hình 2: Bắt đầu peel ở vùng trán, sau đó đến vùng má, sống mũi, cằm và quanh miệng.

Chăm sóc da sau thủ thuật

Nên ghi lại những hướng dẫn chăm sóc sau peel ra giấy cho bệnh nhân. Nên bôi chất làm mềm nhẹ (emollients) ngay sau khi peel và tránh làm ướt vùng da mặt trong 24h, sau đó có thể rửa mặt như bình thường.

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 3: Peel ở độ II: đỏ da và các điểm frost

Hình 4: peel ở độ III: đỏ da thấy rõ hơn.

Nếu bệnh nhân có đỏ da nặng, có thể cho steroid uống hoặc bôi. Đều quan trọng là khuyên bệnh nhân sử dụng chống nắng phổ rộng (broad-spectrum) và tránh ánh sáng mặt trời (Salam 2013) (hình 6).

Biến chứng và tác dụng phụ

Có thể làm giảm nguy cơ biến chứng bằng cách lựa chọn kĩ bệnh nhân, lựa chọn peel (thể tích, peel phối hợp, và kĩ thuật bôi), giáo dục bệnh nhân, chuẩn bị tiền peel, trong peel và chăm sóc sau peel tốt (Salam 2013).

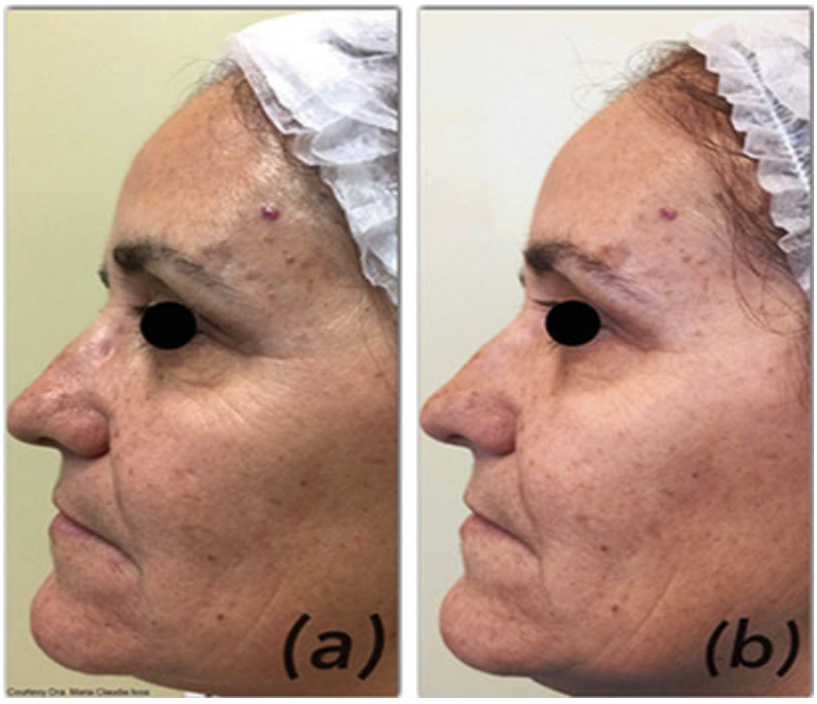
Các biến chứng sau peel gồm có: chậm lành da, nhiễm khuẩn hoặc HSV, đỏ da kéo dài, viêm da tiếp xúc, sẹo bất thường, bất thường cấu trúc da, PIH, và giảm sắc tố (Jackson 2014; Salam 2013). Nhận diện và xử lí sớm là bước quan trọng để giải quyết các biến chứng. Tăng sắc tố sau peel có thể được điều trị bằng retinoids bôi và chất làm trắng da như hydroquinone (Jackson 2014).

Ghi nhớ

- Dung dịch Jessner là một loại chất peel nông với hoạt tính tiêu sừng, thành phần gồm salicylic 14%, lactic acid 14% và resorcinol 14% trong ethanol 95%.
- Dung dịch này khuyến cáo sử dụng để điều trị lão hóa da ánh sáng, nám má nhẹ, tăng sắc tố sau viêm, mụn trứng cá và cải thiện cấu trúc da.
- Các biến chứng sau peel gồm chậm lành da, nhiễm khuẩn và HSV, đỏ da kéo dài, viêm da tiếp xúc, sẹo bất thường, bất thường cấu trúc da, PIH, và giảm sắc tố.
- Chống chỉ định của Jessner peel: phụ nữ có thai, bệnh nhân điều trị isotretinoin trong vòng 6 tháng gần đây, bệnh nhân đang nhiễm HSV.

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 5: Hình ảnh trước (a) và sau (b) Jessner peel (2 lần peel) để cải thiện cấu trúc da và lão hóa do ánh sáng ở một phụ nữ có phân độ Fitzpatrick III.



Hình 6: Nhìn kĩ hơn có sự cải thiện đáng kể các nếp nhăn vùng quanh ổ mắt sau 2 lần peel với dung dịch Jessner.

https://nhathuocngocanh.com/

Thuật ngữ

Viêm da tiếp xúc: là hiện tượng viêm xảy ra khi bề mặt da tiếp xúc với một chất có nguồn gốc bên ngoài cơ thể. Có 2 loại viêm da tiếp xúc là viêm da tiếp xúc kích ứng và viêm da tiếp xúc dị ứng.

Phân loại da Fitzpatrick: là hệ thống phân loại da bằng số la mã dựa vào màu sắc da của con người. Phân loại này được đưa ra bởi Thomas B. Fitzpatrick, và được xem như là một phân loại phản ánh sự đáp ứng của da với tia UV.

Jessner peel: là một loại peel nông, gây phá hủy một phần hoặc toàn bộ lớp thượng bì nhờ vào hoạt động tiêu sừng. Dung dịch Jessner gồm 14% resorcinol, 14% salicylic acid và 14% lactic acid trộn với đủ 100ml ethyl alcohol.

Ngộ độc salicylic acid: đây là biến chứng hiếm của peel da bằng salicylic acid khi peel trên một vùng da quá rộng. Các biểu hiện lâm sàng gồm chóng mặt, ù tai, ngộ độc hệ thần kinh trung ương.

Tài liệu tham khảo

• Bae BG, Park CO, Shin H, Lee SH, Lee YS, Lee SJ, Chung KY, Lee KH, Lee JH. Salicylic acid peels versus Jessner's solution for acne vulgaris: a comparative study. Dermatol Surg. 2013;39(2):248–53.

• Bourelly PE, Lotsikas-Baggili AJ. Chemexfoliation and superficial skin resurfacing. In: Burgess CM, editor. Cosmetic dermatology. Berlin: Springer; 2005. p. 53–83.

• Cortez EA, Fedok FG, Mangat DS. Chemical peels: panel discussion. Facial Plast Surg Clin North Am. 2014; 22(1):1–23.

• Fischer TC, Perosino E, Poli F, Viera MS, Dreno B, Cos- metic Dermatology European Expert Group. Chemical peels in aesthetic dermatology: an update 2009. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2010;24(3):281–92.

• Jackson A. Chemical peels. Facial Plast Surg. 2014;30:26–34.

• Jacobs A, Roenigk R. Superficial chemical peels. In: Draelos ZD, editor. Cosmetic dermatology – products & proce- dures. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010. p. 377–83.

• Landau M. Chemical peels. Clin Dermatol. 2008; 26(2):200–8.

• Langsdon PR, Shires CB. Chemical face peeling. Facial Plast Surg. 2012;28:116–25.

• Monheit GD, Chastain MA. Chemical peels. Facial Plast Surg Clin North Am. 2001;9:239–55.

Salam A, Dadzie OE, Galadari H. Chemical peeling in ethnic skin: an update. Br J Dermatol. 2013;169 Suppl 3:82–90.

• Sharquie KE, Al-Tikreety MM, Al-Mashhadani SA. Lactic acid chemical peel as a new therapeutic modality in melasma in comparison to Jessner's solution chemical peel. Dermatol Surg. 2006;32:1429–36.

• Yokomizo VMF, Benemond TMH, Chisaki C, Benemond PH. Chemical peels: review and a practical applica- tions. Surg Cosmet Dermatol. 2013;5(1):58–68.

• Zakopoulou N, Kontochristopoulos G. Superficial chemi- cal peels. J Cosmet Dermatol. 2006;5:246–53.

https://nhathuocngocanh.com/

Chương 6

Phối hợp các loại Peel hóa chất nông

Joao Carlos, Lopes và Carlos Gustavo Wambier

Tóm tắt

Sự kết hợp của các loại peel da nông có thể giúp đạt kết quả tốt hơn bằng cách tạo ra kết quả nhanh nhờ tăng tốc độ tái tạo của lớp thượng bì. Để giúp da đồng nhất về tone màu, thì kết hợp điều trị với laser Q-switched frequency-doubled Nd-YAG (532 nm) và Q-switched Nd-YAG (1064 nm) có thể sẽ là một lựa chọn mang lại hiệu quả. Trong trường hợp bệnh trứng cá đỏ (rosacea), có thể phối hợp peel nông với máy IPL (intensive pulsed light). Ngoài ra peel nông có thể kết hợp với liệu pháp ni –tơ lỏng và kem 5-fluorouracil để cải thiện tình trạng dày sừng ánh sáng. Bất kì một loại peel nông hay trung bình nào cũng có thể được thực hiện sau ablative fractionated laser (laser vi điểm xâm lấn) để đặt kết quả đồng nhất hơn cũng như tăng hiệu quả sau cùng. Chương này sẽ mô tả cách để chúng ta phối hợp tốt hơn các loại peel khác nhau và cập nhật những thay thế đối với các công thức cổ điển cũng như cách phối hợp peel da.

Nội Dung

• Giới thiệu
• Chỉ định và hạn chế
• Phối hợp với các loại peel và hóa chất khác.
• Phối hợp với Q-switched Nd-YAG laser
• Phối hợp với IPL
• Sạm da ánh sáng, tàn nhan và tăng sắc tố sau viêm
• Mụn
• Phối hợp với laser vi điểm xâm lấn.
• Ghi nhớ
• Tham khảo

Giới thiệu

Mục đích của peel nông là làm tăng tốc độ tối đa quá trình tái tạo và thay thế lớp thượng bì mà bình thường cần một thời gian dài để đạt được. Chỉ định tốt nhất cho peel nông đó là các trường hợp tăng sắc tố sau viêm (PIH), hoặc sẹo đỏ nông do mụn. Nếu không có những tổn thương mụn mới, thì những tổn thương trên có thể tự lành với tốc độ của nó trong 6-12 tháng. Nhưng với peel nông, thì thời

https://nhathuocngocanh.com/

gian lành là từ 1-2 tháng. Mặt khác, khi bệnh nhân sử dụng các sản phẩm bôi như retinoids, hoặc azelaic acid thì thời gian lành sẽ nằm trong khoảng giữa của thời gian lành tự nhiên và sau khi peel hóa học.

Những chỉ định tốt khác của peel nông gồm có mụn trứng cá, da dầu, nám má, da không đều màu, và tăng sắc tố. Khi phối hợp peel nông với các phương pháp điều trị khác để cải thiện cùng một tình trạng da thì có thể làm tăng hiệu quả điều trị theo phương thức hợp lực. Mục tiêu của chương này là cung cấp cho người đọc cách sử dụng phối hợp các peel nông để làm tăng hiệu quả tối đa nhưng vẫn đạt được sự an toàn cần thiết.

Chỉ định và hạn chế

Chỉ định chính của việc phối hợp các thủ thuật peel nông là làm tăng độ mạnh/ khả năng xâm nhập và tốc độ lành thông qua sự tăng sinh và thay thế các lớp thượng bì. Chỉ định làm tăng tốc độ phục hồi của da là chỉ định chính trong việc phối hợp peel nông với các điều trị khác. Một vài loại peel nông không làm tăng tốc độ tăng sinh và thay thế các lớp thượng bì, do đó cần một khoảng thời gian như bình thường để làm bong da các vùng điều trị. Công nghệ IPL và frequency-doubled quality- Switched nd YAG laser, 532 nm khi điều trị thường làm sạm da bề mặt tạm thời do hình thành lớp vảy màu nâu ở những vị trí của nám da và tàn nhang.

Hạn chế chính của việc phối hợp peel nông là bệnh nhân không chịu được những kích ứng và đau rát tạm thời. Hầu như không có bệnh nhân dị ứng với hóa chất peel.

Phối hợp với các loại Peel và hóa chất khác

Sử dụng peel nông trước peel trung bình với trichloroacetic acid 35-40% sẽ làm tăng khả năng xâm nhập, làm tăng đồng bộ hiệu quả peel (Cook và Cook 2000; Monheit 2001). Có thể làm điều tương tự với các loại peel nông khác như peel salicylic acid 30% trước khi peel retinoic acid 5%. Trong hình 1, khi phối hợp peel, với nhiều lần điều trị, giúp kiểm soát mụn và giảm sẹo mụn sớm hơn so với chỉ peel nông. Retinoic 5% dễ phối hợp vì nó không gây ra các phản ứng tức thời do có độ PH sinh lí và cơ chế hoạt động thông qua nuclear receptor (thụ thể nhân tế bào) của retinoic acid và điều hòa tổng hợp protein (Cuce 2001; Ivanov 2006). Phản ứng của retinoic acid xảy ra vài ngày sau đó, và biểu hiện lâm sàng rõ nhất sau 48h và kéo dài từ 48-72 h sau đó. Do đó, có thể bôi retinoic acid ngay sau khi loại bỏ hóa chất dư hay trung hòa acid của peel nông như TCA 10%, salicylic acid 30% trong dung môi hydroalcoholic (SA-HA) hoặc polyethylene glycol (SA-PEG), dung dịch Jessner, dung dịch Jessner điều chỉnh, và glycolic acid. Có thể làm tăng hiệu quả của tretinoin 5% bằng cách sử dụng kem chống nắng, kem màu phủ da, vì chúng sẽ giúp bảo vệ tretinoin (rất nhạy cảm với ánh sáng) chống lại tia sáng nhìn thấy và tia UV.

Để cải thiện nhân mụn (comedone), trứng cá, và giãn lỗ chân lông, chúng tôi ưa chuộng sử dụng SA-PEG hơn (Dainichi 2008a, b), bôi lên mặt 5-10 phút sau đó lau sạch bằng vải tơ

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 1: Phối hợp các loại peel nông trong điều trị sẹo trứng cá nông kèm theo tình trạng tăng sắc tố sau viêm và đỏ da. Các liệu trình được tiến hành cách nhau mỗi 2 tuần. Ảnh bên trái: sau một liệu trình điều trị với salicylic acid 30% trong dung môi hydroalcoholic, theo sau bởi quá trình loại bỏ lớp frost giả và mặt nạ retinoic acid 5% trong 4h. Bên phải: hình ảnh sau liệu trình điều trị thứ 2.

ướt mềm, sau đó làm mặt nạ tretinoin 5% (dung dịch hoặc kem). Sự kết hợp này đặc biệt hiệu quả vì SA-PEG không bay hơi và có thể thấm sâu vào lỗ chân lông. Sau khi bôi tretinoin dạng all-trans retinoic acid (ATRA), hỗn hợp peel lắng trong lỗ chân lông cùng với lớp mặt nạ tretinoin sẽ tạo ra hiệu quả ngay bên trong lỗ chân lông đối với cả 2 hóa chất.

Khi gặp bệnh nhân bị dày sừng ánh sáng (AK) ở mặt, mức độ lan rộng và có thể sờ được, để điều trị toàn bộ diện tích có nguy cơ ung thư hóa có thể sử dụng nhiều phương pháp như liệu pháp quang động (PDT), peel da nông hoặc sâu, hoặc dermabrasion. Nhưng những phương pháp này đòi hỏi bệnh nhân phải lên kế hoạch và chuẩn bị cho thời gian hồi phục sau điều trị. Những thủ thuật ít đau hơn và không cần thời gian hồi phục gồm liệu pháp quang động ánh sáng ban ngày và peel nông, kèm chấm ni-tơ lỏng lên vùng AK dày hoặc làm mặt nạ Efudex, kem 5-fluorouracil (5-FU). Lựa chọn peel nông trong trường hợp này có thể là SA-HA 30%, dung dịch Jessner, glycolic acid 70%, pyruvic acid 40-50%. Có thể lặp lại những thủ thuật này mỗi 7-14 ngày cho đến khi AK không còn sờ được, thường thì sau 5 liệu trình. Quy trình thực hiện phối hợp có thể tiến hành như sau: peel pyruvic acid trong 5 phút, trung hòa với dung dịch sodium bicarbonate 10% thấm trong vải rayon mềm, và chà bằng gạc xốp trên vùng bị AK hoặc áp dụng thủ thuật nạo (curettage), bôi Metvix vào ban ngày trong 2h, hoặc phơi dưới đèn LED đỏ 37J/cm2 (khoảng 7 phút), áp nito lỏng ở vùng AK dày, và làm mặt nạ 5-FU 5% trong 4-6h.

https://nhathuocngocanh.com/

PHỐI HỢP VỚI LASER Q-SWITCHED ND-YAG

Để tối đa hóa khả năng làm trắng da của laser Q-switched 1064 nm tần số thấp (laser toning), thì các loại peel nông như peel dung dịch Jessner điều chỉnh (hình 2), gồm acid lactic 17%, salicylic acid 17%, và 8% citric acid trong dung môi ethanol (Rohrich và Herbig 2009), hay peel retinoic acid 5% (hình 3 và 4) cũng có thể được áp dụng (Cuce 2001; Cuce và Bertino 2002).

Mặc dù các bệnh sạm da và nám má có thể chỉ cần điều trị với kem điều trị làm trắng và chống nắng, việc phối hợp với uống tranexamic acid và/hoặc một vài liệu trình laser Q-switched Nd-YAG tần số thấp (Shin 2013) có thể giúp làm tăng hiệu quả. Đối với một vài bệnh nhân, thậm chí với những người rất tuân thủ điều trị ở nhà thì dùng chống nắng và laser đôi khi chỉ giúp cải thiện nhẹ tình trạng bệnh. Trong những trường hợp này, phối hợp thêm với peel nông có thể giúp mang lại hiệu quả (hình 2,3,4 và 5).

Điều trị laser switched Nd-YAG 532 nm tại chỗ hoặc toàn bộ mặt có thể gây ra các đốm nâu ở vị trí được điều trị sạm da. Sự bong tự nhiên của các lớp vảy nâu dày thường mất khoảng 10 ngày. Điều trị ở mặt thường cần khoảng 7-11 ngày để hồi phục thượng bị hoàn toàn, viêm thường nhanh cải thiện hơn và ít khả năng tăng sắc tố sau viêm hơn. Tuy nhiên, ở những vị trí như bàn tay và chân có thể phải cần trên 6 tuần thì đốm nâu mới biến mất, thỉnh thoảng để lại tăng sắc tố nhẹ. Do đó các loại peel nông có thể được tiến hành ngay sau khi điều trị laser để rút ngắn thời gian lành vết thương, cũng như có thể tiến hành sau khi hồi phục để cải thiện tình trạng tăng sắc tố sau viêm (PIH). Phối hợp điều trị laser

Hình 2: Phối hợp laser Q-switched Nd-YAG 1064 nm theo sau bởi 2 lớp dung dịch Jessner điều chỉnh trong điều trị nám má khó trị kèm tăng sắc tố sau viêm do mụn. Các liệu trình được thực hiện mỗi 2 tuần. Trái: trước điều trị, Phải: sau 6 liệu trình điều trị

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 3: Điều trị nevi, da nhiều dầu và rám má ở mặt và cổ (hình ảnh mặt phải bệnh nhân). Điều trị hàng tháng với laser Q-switched Nd-YAG 1064nm, theo sau bởi peel retinoic acid 5%. Trái: trước. Phải: sau 4 liệu trình.

Hình 4: Điều trị nevi, da nhiều dầu và rám má ở mặt và cổ (hình ảnh mặt phải bệnh nhân). Điều trị hàng tháng với laser Q-switched Nd-YAG 1064nm, theo sau bởi peel retinoic acid 5%. Trái: trước. Phải: sau 4 liệu trình.

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 5: Điều trị nám má và tang nhan hàng tháng với laser switched Nd-YAG 1064nm và 532 nm tiêu điểm, sau đó peel bằng mặt nạ retinoic acid 5% trong 3h. Trái: trước. Phải: sau 2 liệu trình.

Hình 6: Điều trị sạm da hàng tháng với laser switched Nd-YAG 1064nm và 532 nm tiêu điểm, sau đó peel bằng mặt nạ retinoic acid 5% trong 3h. Trái: trước. Phải: sau 3 liệu trình.

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 7: Điều trị sạm da mặt hàng tháng với laser switched Nd-YAG 1064nm và 532 nm tiêu điểm, sau đó peel bằng mặt nạ retinoic acid 5% trong 3h. Trái: hình ảnh mũi phóng to. Phải: hình ảnh mũi phóng to, sau 3 liệu trình.

switched Nd-YAG 532 nm với retinoic acid peel 5% giúp làm giảm thời gian hồi phục và cho kết quả khả quan hơn (hình 6 và 7).

Phối hợp với IPL

Intensive pulsed light (IPL) là một thiết bị sử dụng đèn phát ra một tia sáng đa sắc, không kết dính và không chuẩn trực, với bước sóng từ 400- 1200nm. Sự lựa chọn bước sóng trong điều trị tùy thuộc vào phần đích ở da (melanin, hồng cầu và nước) và cả porphyrins được tổng hợp bởi vi khuẩn như của vi khuẩn Propionibacterium acnes (Babilas 2010; DiBernardo và Ponzer 2016; Degitz 2010; Choi 2010).

IPL được sử dụng phối hợp với các loại peel nông trong điều trị các thay đổi sắc tố và mụn trứng cá ở trên mặt.

Sạm da do nắng, tàn nhang và tăng sắc tố sau viêm

Trong các bệnh lí này, sử dụng IPL với bước sóng được hấp thụ bởi melanin (giữa 520 và 540nm, với xung ngắn 10-15 ms). Với tăng sắc tố sau viêm, chúng ta có thể sử dụng xung dài và năng lượng thấp, với số lần điều trị nhiều hơn.

Mất khoảng 5-10 phút mới có thể thấy được phản ứng thay đổi trên da ở vùng được điều trị. Chúng ta sẽ quan sát thấy vùng tổn thương bị sạm hơn ở vùng da có nhiều melanin, kèm theo hiện tượng phù và đỏ da xung quanh xen kẻ với những vùng da không bị tổn thương (vùng da không thuộc tiêu điểm điều trị).

https://nhathuocngocanh.com/

Sau đó bôi tretinoin 5% (dạng all-trans retinoic acid (ATRA)). Không sử dụng cồn và những chất kích ứng khác vì chúng có thể gây bỏng. Hướng dẫn bệnh nhân loại bỏ acid thừa một cách nhẹ nhàng sau 4-6h bôi. Có thể tẩy bằng nước tẩy trang micellar (nước chứa các tinh thể dầu). Ở những bệnh nhân bị đỏ da nặng và/hoặc có cảm giác bỏng ngay sau khi thực hiện IPL, thì nên bôi kèm corticosteroid nhẹ hoặc vừa. Ngoài ra cũng khuyến cáo nên sử dụng corticosteroid ngắn ngày sau IPL trong điều trị PIH trong 1 tuần ở nhà. Không nên điều trị PIH quá mạnh để tránh làm nặng thêm tình trạng tăng sắc tố.

Các thương tổn tế bào melanin được điều trị với IPL sẽ trở nên tối hơn, bong vảy và đóng mài. Tretinoin sẽ làm tăng sự tăng sinh và thay thế các lớp thượng bì và làm tăng sự phân tán và loại bỏ melanin.

Sử dụng ATRA 5% sẽ thúc đẩy quá trình tự bong vảy trên toàn bộ mặt, làm tăng hiệu quả IPL. Những sản phẩm có hoặc không chứa tretinoin khác có thể được sử dụng, chúng có thể tương hợp tốt ở dạng các công thức phối hợp (vitamin C, ferulic acid, …), hoặc thậm chí là các dạng retinoids khác đang có mặt trên thị trường.

Khuyến cáo không nên điều trị IPL ở những người có da típ IV đến VI vì nguy cơ rối loạn sắc tố kéo dài hoặc vĩnh viễn cao.

Trứng cá

Các tổn thương mụn, comedone, sẩn và mụn mủ được điều trị với IPL ở bước sóng 400nm. Bước sóng này được hấp thụ bởi porhyrins, chất được tổng hợp bởi Propionibacterium acnes, từ đó gây ra một dạng phản ứng oxy hóa có tác dụng giết chết vi khuẩn (Degitz 2010; Choi 2010).

IPL bước sóng 400nm hiệu quả trong điều trị mụn, đặc biệt đối với những tổn thương viêm. Về mô học có sự giảm mật độ xâm nhập các tế bào viêm và giảm kích thước tuyến bã nhờn (Barakat 2017).

Liệu trình điều trị mụn với IPL nên là hàng tuần. Khi phối hợp với peel cùng lúc, thì khoảng cách giữa các liệu trình có thể 1 hoặc 2 tuần tùy thuộc vào đáp ứng peel của da. Thường chỉ định trong trường hợp mụn trứng cá nhẹ và trung bình. Phối hợp peel nông truyền thống SA-HA 30% ngay sau khi dùng IPL làm tăng tốc độ cải thiện tình trạng comedone, và tổn thương viêm.

Salicylic acid là một loại beta hydroxyl acid và ưa dầu, chất này có thể loại bỏ những phân tử lipids nằm giữa các tế bào và gắn chặt với lớp vỏ sừng bao quanh các tế bào thượng bì ở lớp bề mặt của lớp sừng. Do đó có thể làm giảm sự kết dính giữa các tế bào sừng và gây bong vảy. Tương tự, chất này còn có tác dụng ly giải nhân mụn, và làm khô, do đó sẽ làm thu nhỏ các comedone và các tổn thương viêm (Lee và Kim 2003).

Sau khi peel SA 30%, một lớp frost giả được hình thành và loại bỏ một cách nhẹ nhàng.

Kết quả điều trị sẽ tốt hơn nếu sau khi peel SA, chúng ta dùng thêm retinoic acid 5% và yêu cầu bệnh nhân giữ trong 4-6h tại nhà. Khoảng cách giữa các liệu trình là 2 tuần hoặc nhiều hơn. Việc phối hợp thêm peel

https://nhathuocngocanh.com/

sẽ giúp cải thiện nhiều hơn các tổn thương mụn, đặc biệt là comedone, thúc đẩy peel da tự thân, cũng như có tác dụng đối với tăng sắc tố sau viêm (Ahn và Kim 2006).

Sử dụng salicylic acid trong dung môi polyethylenglycol được chứng minh là không gây ra cảm giác bỏng, đỏ da, bong da và đóng mài (Dainichi 2008b) và không gây phản ứng viêm trên mô học (phản ứng viêm làm tăng nguy cơ bị tăng sắc tố sau viêm). Trong trường hợp này thường không có frost giả và nên được loại bỏ sau 5 phút tiếp xúc với da.

Phối hợp với Laser vi điểm xâm lấn

Laser vi điểm xâm lấn hiện tại có các loại sau: CO2 (10600 nm), Erb: YAG (2940 nm), và Erb: YSGG (2970 nm). Erb: YAG (2940 nm) được hấp thu nhiều hơn bởi mô nước, khả năng xâm nhập thấp hơn và ít gây tổn thương nhiệt sau bắn. CO2 (10600 nm) ít hấp thu bởi nước hơn và gây tổn thương nhiệt cao hơn. YSGG (2970 nm) có tính trung gian giữa 2 loại trên. Laser xâm lấn giúp tái tạo collagen bằng cách kích thích tạo ra những sợi collagen mới trong lớp bì lưới và bì nhú trong vòng 3 tháng sau khi sử dụng laser.

Laser xâm lấn kích thích các vùng điều trị vi điểm (MTZ) bằng cách tác động đến nước ở trong lớp bì và lớp thượng bì của da vùng lành xung quanh mỗi MTZ, điều này sẽ giúp da lành nhanh hơn (Laubach 2006; Robati và Asadi 2017). Ngoài ra theo những y văn hiện có, các điểm điều trị sẽ tạo thành những kênh giúp vận chuyển các chất bôi bên ngoài vào da (Lee 2013; Sklar 2014). Hai loại laser được nghiên cứu nhiều nhất là CO2 và Er: YAG.

Ngoài một vài bài báo trong y văn chứng minh cho những hiệu quả ở trên, có những thử nghiệm dựa vào kết quả mô học cho thấy có sự lấp đầy nhanh chóng bởi fibrin trong các kênh của vùng điều trị vi điểm (MTZ). Đầu tiên fibrin được hình thành trong phần da bì của kênh và phát triển dần lên phần trên bề mặt. Trong 5 phút, có trên 25% độ sâu các kênh được lấp đầy bởi fibrin. Quá trình này tiếp tục diễn ra theo thời gian và khoảng 90 phút sau, trên 90% độ sâu của kênh được bít tắc (Kositratna 2016).

Hóa chất peel phù hợp nhất sau khi điều trị bằng laser xâm lấn là retinoin 5%. Retinoic acid kích thích tân sinh collagen và gây bong da đồng nhất ở các vùng giữa các MTZ. Nên dùng ở dạng kem, không chứa alcohol. Do đó, chúng ta sẽ giúp da đồng nhất hơn về màu sắc và cấu trúc sau khi thực hiện phối hợp điều trị. Chúng ta thường có thói quen phối hợp IPL+ CO2/erbium + ATRA trong cùng một lần điều trị với kết quả khả quan. Retinoic acid có khả năng thấm tốt vào da, dù hàng rào da vẫn lành lặn. Nhờ sự có mặt của vùng MTZ, retinoic acid sẽ xâm nhập đến những lớp sâu hơn nhanh hơn, do đó làm tăng tác dụng của nó.

Phối hợp dung dịch Jessner và Trichloroacetic 35% trước khi điều trị với laser vi điểm xâm lấn như CO2, cho phép tạo ra sự bong đồng nhất toàn bộ lớp thượng bì, bên cạnh tác dụng nhiệt của MTZ. Sự phối hợp này có hiệu quả trong điều trị loại bỏ sạm da, dày sừng ánh sáng

https://nhathuocngocanh.com/

và dày sừng tuyến bã, tái tạo mới lớp thượng bì và tân sinh collagen. Do đó giúp trẻ hóa da rõ (hình 8,9,10, và 11). Chỉ có những bác sĩ có kinh nghiệm mới có thể phối hợp laser xâm lấn với peel hóa chất.

Hình 8: Dung dịch Jessner + Trichloroacetic 35% + Laser CO2- Ảnh trước điều trị

Hình 9: Dung dịch Jessner + Trichloro-acetic 35% (được chứng minh bằng hình ảnh frosting) trước khi thực hiện Laser CO2

Ghi nhớ

• Peel nông được sử dụng rất đa dạng trong phối hợp điều trị với các loại peel khác và các công nghệ trong điều trị.

• Phối hợp với các loại peel nông cho phép làm tăng hiệu quả điều trị sạm da bằng laser Q-switched 532 nm hoặc IPL.

• Sau khi da được gây tổn thương bằng laser hoặc IPL, hóa chất peel nông tốt nhất nên được sử dụng là tretinoin, bởi vì nó không tác dụng ngay lập tức.

• Trước khi dùng laser xâm lấn, bất kì peel nông hay trung bình nào cũng có thể được sử dụng để mang lại kết quả đồng nhất hơn. Tuy nhiên, sự phối hợp này nên được thực hiện bởi bác sĩ có kinh nghiệm.

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 10: Dung dịch Jessner + Trichloroacetic 35% + Laser CO2 – Ngày thứ 4- 15 sau điều trị.

Hình 11: Dung dịch Jessner + Trichloroacetic 35% + Laser CO2 – Ngày thứ 15 sau điều trị.

Tài liệu tham khảo

• Ahn HH, Kim IH. Whitening effect of salicylic acid peels in Asian patients. Dermatol Surg. 2006;32:372–5.

• Barakat MT, Moftah NH, El Khayyat MA, Abdelhakim ZA. Significant reduction of inflammation and seba- ceous glands size in acne vulgaris lesions after intense pulsed light treatment. Dermatol Ther. 2017;30(1):1–5. Babilas P, Schremi S, Szeimies RM, et al. Intense pulsed light (IPL): a review. Lasers Surg Med. 2010;42(2):93–104.

https://nhathuocngocanh.com/

• Choi YS, Suh HS, Yoon MY, et al. Intense pulsed light vs. pulsed-dye laser in the treatment of facial acne: a randomized split-face trial. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2010;24:773–80.

• Cook KK, Cook WR. Chemical peel of nonfacial skin using glycolic acid gel augmented with TCA and neu- tralized based on visual staging. Dermatol Surg. 2000;26(11):994–9.

• Cucé LC, Bertino M. Re: regarding tretinoin peeling. Dermatol Surg. 2002;28(11):1097.

• Cucé LC, Bertino MCM, Scattone L, Birkenhauer MC. Tretinoin peeling. Dermatol Surg. 2001;27(1):12–4.

• Dainichi T, Ueda S, Furue M, Hashimoto T. By the grace of peeling: the brace function of the stratum corneum in the protection from photo-induced keratinocyte carci- nogenesis. Arch Dermatol Res. 2008a;300(Suppl): S31–8.

• Dainichi T, Ueda S, Imayama S, Furue M. Excellent clin- ical results with a new preparation for chemical peeling in acne: 30% salicylic acid in polyethylene glycol vehi- cle. Dermatol Surg. 2008b;34(7):891–9.

• Degitz K. Phototherapy, photodynamic therapy and lasers in the treatment of acne. J Dtsch Dermatol Ges. 2010;7:1048–54.

• DiBernardo BE, Pozner JN. Intensed pulsed light therapy for skin rejuvenation. Clin Plast Surg. 2016;43(3): 535–40.

• Ivanov II, McKenzie BS, Zhou L, Tadokoro CE, Lepelley A, Lafaille JJ, et al. The orphan nuclear recep- tor RORgammat directs the differentiation program of proinflammatory IL-17+ T helper cells. Cell. 2006; 126(6):1121–33.

• Kositratna G, Evers M, Sajjadi A, Manstein D. Rapid fibrin plug formation within cutaneous ablative fractional CO2 laser lesions. Lasers Surg Med. 2016;48:125–32.

• Laubach HJ, Tannous Z, Anderson RR, Manstein D. Skin responses to fractional photothermolysis. Lasers Surg Med. 2006;38(2):142–9.

Lee HS, Kim IH. Salicylic acid peels for the treatment of acne vulgaris in Asian patients. Dermatol Surg. 2003;29:1196–9.

• Lee W, Shen S, et al. Skin permeation of small-molecule drugs, macromolecules, and nanoparticles mediated by a fractional carbon dioxide laser: the role of hair folli- cles. Pharm Res. 2013;30:792–802.

• Monheit GD. Medium-depth chemical peels. Dermatol Clin. 2001;19(3):413–25, vii.

• Robati RM, Asadi E. Efficacy and safety of fractional CO2 laser versus fractional Er:YAG laser in the treat- ment of facial skin wrinkles. Lasers Med Sci. 2017;32(2):283–289.

• Rohrich RJ, Herbig KS. The role of modified Jessner's solution with 35% trichloroacetic acid peel. Plast Reconstr Surg. 2009;124(3):965–6.

• Shin JU, Park J, Oh SH, Lee JH. Oral tranexamic acid enhances the efficacy of low-fluence 1064-Nm quality-switched neodymium-doped yttrium aluminum garnet laser treatment for melasma in Koreans: a ran- domized, prospective trial. Dermatol Surg. 2013; 39(3 PART 1):435–42.

https://nhathuocngocanh.com/

Chương 7
Trichloroacetic Acid Peel

Patrick Silva Damasceno, Izelda Maria Carvalho Costa, và Keila Gabrielle Pati Gomes

Tóm tắt

Peel hóa chất được định nghĩa là bôi một loại hóa chất lên da để gây phá hủy da ở độ sâu có kiểm soát nhằm thúc đẩy sự tăng sinh và làm bong tổn thương ở trên bề mặt, sau đó giúp tái tạo mô thượng bì và mô bì mới làm cải thiện các đặc tính bề mặt của da.

Peel hóa chất đã được sử dụng để cải thiện sức khỏe và diện mạo của da trong hàng nghìn năm. Năm 1882, bác sĩ da người Đức tên là Unna đã báo cáo việc sử dụng các hóa chất trong peel da như trichloroacetic acid (TCA), phenol, resorcinol, và salicylic acid.

Việc mọi người trong xã hội ngày càng muốn có hình ảnh đẹp và ngoài hình thẩm mỹ đã tạo ra một nhu cầu rất lớn đối với các sản phẩm chăm sóc da, với sự hỗ trợ chuyên nghiệp từ các bác sĩ da và các chuyên da khác cũng như các thủ thuật can thiệp.

Cần lưu ý là sử dụng một liều trình peel trung bình phối hợp giữa dung dịch Jessner và TCA 35% có thể cải thiện lão hóa da ánh sáng độ trung bình tốt hơn so với một liều trình điều trị với các công nghệ mới.

Chương này sẽ bàn luân về phân loại peel hóa chất, chỉ định, chống chỉ định, chuẩn bị da, thủ thuật peel trung bình, và một vài biến chứng với trichloroacetic acid khi peel trung bình.

Nội dung

• Giới thiệu
• Chỉ định
• Chống chỉ định
• Peel bằng trichloroacetic
• Peel trung bình bằng trichloroacetic
• Chuẩn bị cho peel trung bình bằng trichloroacetic
• Dung dịch Jessner và TCA 35% (công thức Monheit)
• Glycolic Acid 70% và TCA 35% (công thức Coleman) CO2 đặc và TCA 35% (công thức Brody)
• Chăm sóc sau peel
• Lợi ích của peel trung bình của TCA
• Biến chứng peel trung bình
• Các vấn đề về sắc tố
• Đỏ da kéo dài
• Nhiễn trùng
• Sẹo
• Những biến chứng khác
• Ghi nhớ
• Tài liệu tham khảo

https://nhathuocngocanh.com/

Giới thiệu

Peel hóa chất đã được sử dụng để cải thiện sức khỏe và diện mạo của làn da trong hàng nghìn năm nay. Lần ghi nhận đầu tiên về khả năng cải thiện làn da của peel hóa chất được báo cáo ở Hy Lạp cổ đại khi mà Cleopatra sử dụng sữa chua (có chứa lactic acid) để giúp bề mặt da trơn láng hơn. Sau đó, trong thời kì cách mạng Pháp, những người phụ nữ trong cung điện đã sử dụng rượu cũ (có chứa tartaric acid) để làm đẹp da (Brody 2000; Savant 2005). Tuy nhiên, chỉ đến năm 1882, bác sĩ da người Đức tên là Unna mới báo cáo việc sử dụng các hóa chất trong peel da như trichloroacetic acid (TCA), phenol, resorcinol, và salicylic acid. Giữa thế kỉ XX, các bác sĩ đã học cách để sử dụng hóa chất như phenol và trichloroacetic để trẻ hóa da và giảm sẹo mụn. Vào cuối thập niên 1980, họ đã tìm ra một loại hóa chất mới với thời gian phục hồi nhanh, đó là alpha-hydroxy acid (Lupi và Cunha 2011; Gadelha và Costa 2009).

Việc mọi người trong xã hội ngày càng muốn có hình ảnh đẹp và ngoài hình thẩm mỹ đã tạo ra một nhu cầu rất lớn đối với các sản phẩm chăm sóc da, với sự hỗ trợ chuyên nghiệp từ các bác sĩ da và các chuyên da khác cũng như các thủ thuật can thiệp. Các phương pháp tái tạo bề mặt da caccs bác sĩ da đang thực hành đã được mô tả hơn 100 năm trước, và lợi ích của những phương pháp này càng được mở rộng trong vài thập kỉ gần đây. Việc sử dụng hóa chất peel hầu như không thay dổi theo thời gian cũng như khi có sự xuất hiện của các kĩ thuật mới như các kĩ thuật vật lí (dermabrasion tự động hoặc bằng tay) và tái tạo da bằng laser nhờ vào tính an toàn và hiệu quã đã được ghi nhận của nó (so với các phương pháp mới). Peel hóa chất ít phức tạp, giá thành rẻ, và có hiệu quả tốt (Brody 2000; Small 2009). Cần lưu ý là sử dụng một liều trình peel trung bình phối hợp giữa dung dịch Jessner và TCA 35% có thể cải thiện lão hóa da ánh sáng độ trung bình tốt hơn so với một liều trình điều trị với các công nghệ mới (Lipu và Cunha 2011; Gadelha và Costa 2009).

Peel hóa chất được định nghĩa là bôi một loại hóa chất lên da để gây phá hủy da ở độ sâu có kiểm soát nhằm thúc đẩy sự tăng sinh và làm bong tổn thương ở trên bề mặt, sau đó giúp tái tạo mô thượng bì và mô bì mới làm cải thiện các đặc tính bề mặt của da. Peel hóa chất được phân loại dựa vào khả năng xâm nhập của hóa chất. Trichloroacetic acid (TCA) có thể được sử dụng trong peel rất nông, peel nông và trung bình tùy nồng độ được dùng (bảng 1) (Khunger 2008; Bolognia 2012; Tung và Rubin 2011).

https://nhathuocngocanh.com/

Bảng 1: Phân loại peel dựa vào độ sâu tác dụng

Phân loại	**Phân loại**	**Ví dụ**
Peel rất nông	Phân hủy ngang lớp sừng	TCA 10%, Glycolic Acid (GA) 30–50%, Salicylic acid 20–30%, Dung dịch Jessner (1–3 coats), Tretinoin 1–5%
Peel nông	Phân hủy toàn bộ lớp thượng bì đến lớp tế bào đáy.	TCA 10–30%, GA 50–70%, Dung dịch Jessner (4–7 coats)
Peel trung bình	Hoại tử đến lớp bì lưới trên.	TCA 35–50%, GA 70% + TCA 35%, 88% phenol un-occluded, Dung dịch Jessner + TCA 35%, CO2 đặc +TCA 35%
Peel sâu	Hoại tử đến lớp bì lưới giữa.	Baker-Gordon phenol peel

Chỉ định

Tư vấn tiền thủ thuật là rất cần thiết để nhận biết được những đối tượng bệnh nhân lí tưởng để can thiệp cũng như những đối tượng bệnh nhân có nguy cơ nên tránh can thiệp thủ thuật hoặc làm thủ thuật với sự cẩn thận cao. Chỉ định hiện nay đối với peel nông gồm có các tổn thương thượng bì, các rối loạn sắc tố, mụn và thẩm mỹ (bảng 2) (Monhei và Kayal 2003; Khunger 2008; Rendon 2010; Patel 2014; Hesion và Graber 2015). Peel nông cũng có thể được sử dụng phối hợp để làm tăng hiệu quả của các thủ thuật tái tạo bề mặt sâu hơn.

Lão hóa da ánh sáng là bệnh lí được thực hiện peel trung bình phổ biến nhất. Thang điểm Glogau sẽ rất hữu ích trong việc đưa ra lựa chọn độ sâu khi peel (bảng 3) (Glogau 1996). Bệnh nhân có phân loại da típ I có thể điều trị với peel hóa chất nông, hoặc microdermabrasion phối hợp với các liệu pháp thẩm mỹ khác (ví dụ: glycolic acid, retinoid bôi, công thức có hoạt tính thẩm mỹ khác) vì những bệnh nhân này thường trẻ với mức độ lão

https://nhathuocngocanh.com/

hóa ánh sáng từ nhẹ đến trung bình. Với những người ở típ II thì tốt hơn nên điều trị với peel hóa chất trung bình phối hợp với các liệu pháp thẩm mỹ lâu dài như alpha-hydroxy acid (AHA) và/ hoặc retinoid. Bệnh nhân ở phân loại mức III thường cần phải điều trị y khoa lâu dài với peel trung bình (có hoặc không kèm theo dermabrasion), peel sâu, dermabrasion, laser tái tạo bề mặt hoặc phối hợp các phương pháp này với nhau. Đối với bệnh nhân típ IV sẽ được chỉ định dùng các phương pháp như đối với bệnh nhân típ III, tuy nhiên các phương pháp phẫu thuật như thẩm mỹ mí mắt, cắt da nhăn, sửa sẹo, và những thủ thuật khác có thể được dùng để đạt hiệu quả như mong đợi (Bolognia 2012, Tung và Rubin 2011; Khunger 2008; Monheit 2004).

Có một vài dữ liệu liên quan đến trong quá trình thảo luận về các chỉ định. Đầu và cổ là những vùng quan trọng nhất vì giá trị thẩm mỹ của những vùng này và phải hết sức lưu ý khi điều trị vùng cổ vì vùng này có khả năng để lại biến chứng cao khi điều trị. Vùng có nhiều đơn vị nang lông-tuyến bã hơn sẽ có khả năng tái tạo thượng bì tốt hơn (Bolognia 2012). Và cũng cần phải lưu ý khi chỉ định thủ thuật đối với bàn tay và cánh tay vì điều trị những vùng này cho kết quả không đáng kể và khó dự đoán (Gadelha và Costa 2009). Tổn thương có nguồn gốc ở lớp thượng bì (dày sừng ánh sáng, đốm nâu) sẽ đáp ứng tốt hơn với peel hóa chất so với những tổn thương ở lớp bì (Tosti 2006).

Chỉ định còn phụ thuộc vào khả năng dung nạp điều trị và kỳ vọng đối với bệnh lí trên da của họ. Một vài bệnh nhân không muốn cải thiện bề mặt da dù họ có những vấn đề nghiêm trọng, trong khi đó những người khác lại mong muốn có sự cải thiện rõ rệt ở vùng tổn thương nhẹ. Việc đưa ra điều trị sẽ phụ thuộc vào mức độ nặng của tình trạng bệnh và kỳ vọng của bệnh nhân (Gadelha và Costa 2009). Kỳ vọng của bệnh nhân nên được làm giảm dần dựa vào số liệu về kết quả có thể đạt được và cái đang khiến bệnh nhân quá kì vọng vào phương pháp điều trị. Tiếp cận bệnh nhân một cách thành thật, thảo luận về kết quả hợp có thể đạt được, nguy cơ, lợi ích và phương pháp thay thế (Gadelha và Costa 2009; bolognia 2012).

Chống chỉ định

Tiền sử bị AIDS, viêm gan, bệnh ức chế miễn dịch hệ thống, hoặc sử dụng thuốc ức chế miễn dịch cần phải được xác minh, bởi vì những bệnh nhân này có tỉ lệ nhiễm trùng thứ phát cao hơn rất nhiều sau thủ thuật. Tương tự, tiền sử sẹo bất thường, sẹo lồi cũng phải lưu ý vì những bệnh nhân này có thể cho kết quả không như mong đợi. Phân loại da của Fitzpatrick cũng cần phải được xem xét vì da loại IV, V, VI thường xuất hiện tăng sắc tố sau viêm sau điều trị (bảng 4) (Rullan và Karam 2010; Monheit 1995). Bệnh nhân đang sử dụng thuốc tránh thai hoặc minocycline cần phải cẩn thận vì có khả năng bị tăng sắt tố sau viêm cao. Luôn phải hỏi bệnh nhân về tiền sử phẫu thuật trên mặt, các thủ thuật tái tạo bề mặt da trước đó, hoặc sử dụng isotretinoin trong vòng 6 tháng trước vì những vấn đề này sẽ làm tăng

https://nhathuocngocanh.com/

Bảng 2: chỉ định có thể thực hiện peel trung bình

Tổn thương thượng bì
Dày sừng tuyến bã Dày sừng ánh sáng Mụn cóc Mụn thịt Tăng sản tuyến bã Dermatoses papulose nigra
Rối loạn sắc tố
Nám má Tăng sắc tố sau viêm Tàn nhang Đốm nâu Sạm da mặt
Bệnh liên quan đến mụn trứng cá
Sẹo mụn nông đến nhẹ Tăng sắc tố sau mụn Nhân mụn Trứng cá excoriee Trứng cá thường mức độ nhẹ - trung bình nặng
Thẩm mỹ
Lão hóa ánh sáng Nếp nhăn nhỏ Lỗ chân lông giãn to Sẹo bề mặt

nguy cơ biến chứng (Dingman 1994; Rubenstein 1986). Khai thác tiền sử hóa trị của bệnh nhân là rất quan trọng vì hóa trị làm phá hủy các đơn vị nang lông-tuyến bã, mà chúng là yếu tố cần thiết để tái tạo lại thượng bì (Wolfe 1982).

Đối với bệnh nhân mắc một vài bệnh về da cần được chăm sóc đặc biệt. Bệnh bạch biến và vảy nến có thể nặng thêm do phản ứng đồng dạng. Trong bệnh trứng cá đỏ (rosacea), sự bất ổn định vận mạch có thể làm nặng lên phản ứng viêm sau thủ thuật (Gadelha và Costa 2009). Các bệnh tự miễn mô liên kết như lupus da và xơ cứng bì có thể được hoạt hóa do tổn thương hóa chất peel. Chống chỉ định đối với peel trung bình có thể được phân loại thành tuyệt đối và tương đối (bảng 5).

https://nhathuocngocanh.com/

Bảng 3: Phân loại lão hóa da ánh sáng của Glogau

Típ I: không có nếp nhăn
Lão hóa ánh sáng sớm: rối loạn sắc tố nhẹ, nếp nhăn tối thiểu, không có dày sừng. Tuổi bệnh nhân: 20 -30 tuổi Trang điểm: tối thiểu hoặc không
Típ II: nếp nhăn động
Lão hóa ánh sáng nhẹ đến trung bình: xuất hiện đốm nâu thấy được, bắt đầu xuất hiện các đường song song khi cười, dày sừng sờ được nhưng không thấy được. Độ tuổi; 30- 40 tuổi Trang điểm: thường xuyên trang điểm
Típ III: nếp nhăn tĩnh
Lão hóa ánh sáng nặng: rối loạn sắc tố rõ, giãn mạch, dày sừng thấy được, nếp nhăn dù không sử dụng các cơ mặt. Độ tuổi: trên 50 tuổi
Típ IV: Nếp nhăn toàn bộ
Lão hóa ánh sáng rất nặng: da màu vàng-sám, nếp nhăn toàn bộ da và không còn vùng da bình thường. Độ tuổi: 60-70 tuổi Trang điểm: không thể trang điểm

Loại Da	**Màu sắc**	**Phản ứng khi phơi nắng mùa hè lần đầu**
I	Trắng	Luôn bị bỏng , không bao giờ rám nắng
II	Trắng	Thường bị bỏng, ít khi bị rám nắng
III	Trắng	Thỉnh thoảng bỏng nhẹ, rám nắng trung bình
IV	Nâu vừa	Hiếm khi bỏng, dễ rám nắng
V	Nâu đậm	Rất hiếm khi bỏng, rất dễ rám nắng
VI	Đen	Không bỏng, rất dễ rám nắng

Bảng 4: phân loại da theo Fitzpatrick

https://nhathuocngocanh.com/

Bảng 5: chống chỉ định đối với peel trung bình và peel sâu.

Tuyệt đối
Vết thương hở Đang bị nhiễm trùng (vi khuẩn vi rút, hoặc nấm) Uống isotretinoin trong vòng 6 tháng gần đây Mang thai Tiền sử uống thuốc có khả năng làm tăng nhạy cảm ánh sáng Bệnh nhân có kỳ vọng không thực tế Bệnh nhân không chịu hợp tác (bệnh nhân không quan tâm đến việc phơi nắng hoặc bôi thuốc) Mối quan hệ bệnh nhân-bác sĩ không tốt
Tương đối
Phẫu thuật ở mặt trong vòng 6 tháng gần đây Tiền sử có sẹo bất thường hoặc chậm lành vết thương Tiền sử tăng sắc tố Tiền sử điều trị phóng xạ Có phân loại da theo Fitzpatrick là IV, V, VI Đang mắc các bệnh như viêm da dầu, trứng cá đỏ, viêm da cơ địa, bạch biến, viêm da tiếp xúc, và vảy nến.

Bên cạnh những chống chỉ định, Cần thiết phải xem xét sự hiện diện của tình trạng viêm (tăng tiết bã nhờn, viêm da do retinoid…) mức độ mờ của da vì da càng viêm và càng mờ thì độ sâu khi peel da có thể tăng lên, đưa đến những biến chứng không mong muốn. Cần phải nhớ rằng điều trị giãn mạch không phải là một chỉ định tốt của peel hóa chất bởi vì có thể mang lại đáp ứng không như mong muốn. Bệnh nhân phải hoàn toàn hiểu được những giới hạn của peel da và phải kí vào phiếu đồng thuận trước khi tiến hành thủ thuật. Nếu như mối quan hệ giữa bác sĩ-bệnh nhân có thể bị tổn thương thì không nên tiến hành thủ thuật.

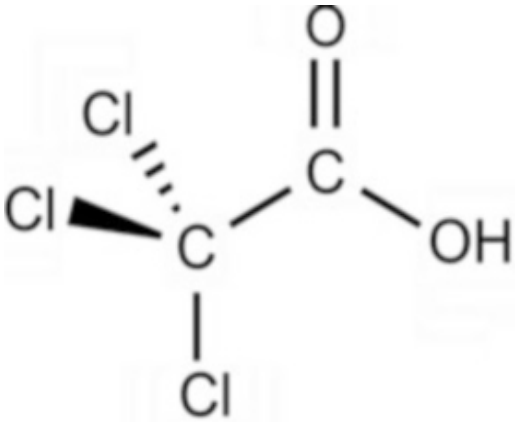
Peel bằng trichloroacetic

Trichloroacetic acid (hình 1) có thể được sử dụng linh hoạt vì nó có thể được sử đụng để peel rất nông, peel nông và peel trung bình tùy thuộc vào nồng độ TCA được sử dụng (bảng 1), sự chuẩn bị da trước thủ thuật đầy đủ, số lần bôi và kĩ thuật bôi. TCA thường được sử dụng nhất để peel trung bình, đặc biệt là để điều trị rối loạn sắc tố và nếp nhăn mặt sớm (Lee 2002).

TCA là một chất ăn mòn da thu được thông qua chưng cất sản phẩn từ hơi nitric acid trên chloral acid. Acid này được tìm thấy trong môi trường

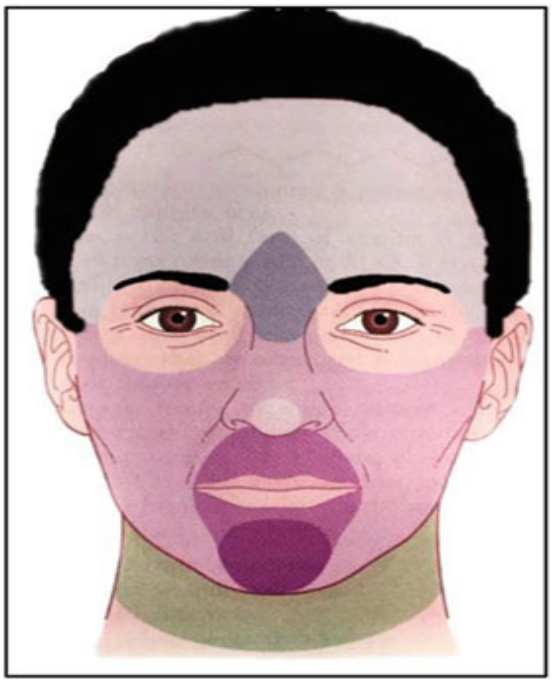
https://nhathuocngocanh.com/

như là một chất diệt cỏ, một chất chuyển hóa chính của quá trình tẩy rửa khô và như là một chất peel da. Chất này hầu như không có độc tính, thậm chí khi bôi với nồng độ đặc trên da. TCA có pKa thấp nhất và mạnh hơn bất kì acid khác nào được sử dụng trong peel da. Vì nó có khả năng thâm nhập vào nhiều lớp da khác nhau, acid peel này có tính "trung hòa", hình thành lớp đông vón protein da.



Hình 1: cấu trúc phân tử của TCA

Tác dụng của TCA tùy thuộc vào nồng độ và lượng acid được bôi. TCA nồng độ cao làm dung dịch trở nên acid hơn và xâm nhập sâu hơn. Bôi nhiều lớp hơn và áp lực bôi lớn hơn trong quá trình thủ thuật cũng giúp nó xâm nhập sâu hơn. Lưu ý rằng tùy thuộc vào vùng da, có những vùng da cần phải bôi nhiều lớp (cùng nồng độ) hơn để đạt được mức độ frost (đông vón protein trên bề mặt da, màu trắng) (hình 2). Như là một đặc tính riêng biệt của TCA, những thay đổi trên da sau khi bôi (từ các đốm sáng cho đến lớp frost trắng) thể hiện được mức độ đông vón của protetin



Hình 2: phản ứng da với TCA khi bôi. Cần bôi nhiều lớp acid ở vùng tối hơn (ở cũng nồng độ) để đạt được mức độ frost đồng nhất.

TCA nên được cất giữ trong phòng khô, lạnh và thông thoáng. Vật đựng TCA nên cứng, không dễ vỡ, thường thì TCA thích hợp cất giữ trong lọ thủy tinh đục màu (Tung và Rubin 2011).

Peel trung bình bằng Trichloroacetic acid

Peel trung bình là thủ thuật gây ra hoại tử lớp thượng bì và lớp bì nhú với xuất hiện phù đồng nhất, và thỉnh thoảng hoại tử đến lớp bì lưới trên (0.45 nm) với sự xâm nhập rải rác của các tế bào limpho trong vài ngày đầu trên mô học. Vì khả năng xâm nhập sâu hơn, nên thời gian phục hồi trong peel trung bình cũng dài hơn so với peel bề mặt, thường thì cần 7-14 ngày. Trong khoảng thời gian 3 tháng sau thủ thuật, có sự tăng sản xuất

https://nhathuocngocanh.com/

collagen cùng với sự mở rộng của lớp bì nhú và phát triển các băng sợi dày trong lớp bì giữa. Hiệu quả của TCA có được nhờ vào khả năng làm tăng thể tích collagen, glycosaminoglycans và elastin (Handog 2012). Chính những sự thay đổi này có liên quan đến sự cải liện lâm sàng liên tục trên da trong khoảng thời gian 3 tháng sau điều trị.

Trong nhiều năm, TCA nồng độ 40-50% là "tiêu chuẩn vàng" đối với peel trung bình. Tuy nhiên, cũng cần lưu ý rằng chất này có khả năng gây biến chứng cao như rối loạn sức tố và sẹo bất thường (hình 3) (Velasco 2004). Từ những thực tế trên, người ta đã phát triển peel trung bình theo hướng sử dụng phối hợp các hóa chất peel: đầu tiên sử dụng hóa chất bề mặt để gây tổn thương thượng bì và sau đó bôi TCA 35%. Với 2 bước này, kết quả cuối cùng sẽ được kiểm soát hơn và thủ thuật sẽ được tiến hành thuận lợi hơn với xâm nhập của TCA vào lớp bì nhú (Salam 2013).

Ngày nay, liệu trình phối hợp thường được sử dụng nhất là: dung dịch Jessner và TCA 35% (công thức phối hợp Monheit), glycolic acid 70% và TCA 35% (công thức phối hợp Coleman), và CO2 rắn với TCA 35% (công thức phối hợp Brody). Tất cả những công thức phối hợp này có hiệu quả cao hơn so với khi dùng TCA đơn lẻ, nhưng an toàn hơn. Điều quan trọng cần phải lưu ý là peel bề mặt nhiều lần không mang lại hiệu quả ngang bằng so với chỉ một lần peel trung bình. Peel trung bình bằng TCA mang lại kết quả rất khác nhau tùy thuộc vào loại bệnh lí (bảng 6) (Fischer 2010). Trong điều trị dày sừng ánh sáng, peel dung dịch

Hình 3: Sẹo sau 6 tháng làm thủ thuật với TCA 50%

Jessner phối hợp TCA 35% có hiệu quả tương đương với kem bôi hóa trị 5-fluorouracil với tỉ lệ bệnh nhân thấp hơn và giúp cải thiện tình trạng lão hóa da do ánh sáng (Lawrence 1995).

Chuẩn bị cho peel trung bình

Dựa vào những thông tin đã được trình bày và sau khi đưa ra chỉ định đúng đắn, một vài vấn để phải được lưu tâm để đảm bảo có được kết quả như mong đơi và hạn chế tối đa những biến chứng có thể xảy ra. Cần dành thời gian để giải đáp toàn bộ thắc mắc của bệnh nhân về thủ thuật. Không bao giờ quên chụp ảnh vùng da của bệnh nhân trước khi tiến hành thủ thuật để so sánh sau này.

Trong trường hợp bệnh nhân đến điều trị thẩm mỹ, thì một vài bệnh nhân vừa có thể là chỉ định của peel

https://nhathuocngocanh.com/

Bảng 6: Hiệu quả điều trị của TCA

Đáp ứng tối
Dày sừng ánh sáng Nám má nông Tăng sắc tố nông Tàn nhang Đốm nâu Sẹo lún (kỹ thuật CROSS)
Đáp ứng thay đổi
Dày sừng tuyến bã Dày sừng phì đại Nám má hỗn hợp Tăng sắc tố hỗn hợp
Đáp ứng kém
Dày sừng tuyến bã nặng Nám má sâu Tăng sắc tố sâu

hóa chất, cũng như có chỉ định tiêm botox. Trong trường hợp này, khuyến cáo nên tiêm botox trước khi peel hóa chất. Tiêm botox có thể tăng cường hiệu quả của peel trung bình bằng cách làm bất động các cơ gây ra những nếp nhăn động trong quá trình tái tạo collagen sau thủ thuật. Một điều quan trọng là khuyên bệnh nhân không hút thuốc vì thuốc lá có thể hạn chế hiệu quả của thủ thuật và làm chậm lành vết thương. Bệnh nhân phải được yêu cầu sử dụng chống nắng phổ rộng, chống lại được cả tia UVA và UVB (ưu tiên những sản phẩm có chứa titanium dioxide và zinc oxide). Đối với bệnh nhân có phân loại da theo Fitzpatrick típ III-VI (bảng 5) thì việc bôi hydroquinone 4-8% 2 lần mỗi ngày sau thủ thuật và sau khi lành có thể mang lại lợi ích, thậm chí vẫn có ích khi họ không có tiền sử rối loạn sắc tố. Hydroquinone ức chế enzyme tyrosinase, do đó làm giảm tổng hợp melanin thượng bì mà quá trình này có thể xảy ra sau khi peel.

Nếu bệnh nhân có tiền sử nhiễm herpes, thì cần phải lưu ý vì peel hóa chất có thể gây khởi phát một đợt herpes mới, đặc biệt ở vùng quanh miệng và quanh ổ mắt. Do đó, khuyến cáo nên dự phòng bằng acyclovir 400 mg 3 lần mỗi ngày, hoặc famciclovir 250 mg 2 lần mỗi ngày hoặc

https://nhathuocngocanh.com/

valacyclovir 500 mg 2 lần mỗi ngày bắt đầu từ ngày làm thủ thuật và kéo dài trong khoảng 10-14 ngày (Gadelha và costa 2009; Bolognia 2012).

Sử dụng tretinoin bôi mỗi tối trước khi làm thủ thuật có thể làm tăng tốc độ tái tạo thượng bì vì retinoids có vai trò kích thích tăng sinh các tế bào thượng bì. Tretinoin làm tăng độ sâu khi peel hóa chất bằng cách làm mỏng lớp sừng. Một loại retinoid, điển hình như kem bôi tretinoin 0.02-0.1% nên được kê cho bệnh nhân càng sớm càng tốt. Hiệu quả của retinoid thấy được chỉ sau 14 ngày sử dụng mỗi tối. Cần lưu ý tình trạng viêm da do retinoid, nếu bệnh nhân có viêm da do retinoids thì nên trì hoãn thủ thuật peel để tránh gây ra tình trạng đỏ da kéo dài sau thủ thuật. Sau khi tiến hành thủ thuật, cần đợi đến lúc quá trình tái tạo thượng bì hoàn tất mới được sử dụng retinoid trở lại. Các chất tẩy tế bào chết như glycolic acid hoặc lactic acid có khả năng làm giảm kết dính giữa các tế bào sừng và kích thích tăng sinh thượng bì bằng cách làm mất kết dính lớp sừng (Lupi và Cunha 2011; Gadelha và Costa 2009; Khunger 2008).

Dung dịch Jessner và TCA 35% (công thức phối hợp Monheit)

Công thức peel trung bình phối hợp phổ biến nhất là dung dịch Jessner + TCA 35%. Sử dụng dung dịch Jessner (14g resorcinol, 14g salicylic acid, 14g lactic acid 85%, thêm ethanol vào để tạo ra tổng thể tích là 100ml) có hoạt tính ly sừng để thay đổi hàng rào thượng bì trước khi bôi TCA sẽ giúp đạt kết quả đồng nhất và sẽ giúp đạt kết quả đồng nhất và hấp thu nhanh hơn (hình 4,5, và 6) (Tung và Rubin)

Trong quá trình chuẩn bị để peel phối hợp, bệnh nhân nên nằm ở tư thế đầu nâng 300, lau mạnh vùng điều trị bằng acetone hoặc bôi alcohol trong 2 phút. Lưu ý những vùng tiết bã như vùng trán giữa 2 cung mày, chân tóc, thái dương, mũi và môi trên. Cách này sẽ giúp hóa chất peel thấm tốt hơn và kết quả đồng nhất hơn khi làm thủ thuật. Căn dặn bệnh nhân phải nhắm trong suốt quá trình làm thủ thuật (nếu peel da mặt). Trong trường hợp dày sừng ánh sáng phì đại, có thể tiến hành nạo bằng curette trước khi làm thủ thuật để hóa chất peel được hấp thu tốt hơn.

Dung dịch Jessner có thể được bôi bằng miếng gạc được gấp lại bốn lần hoặc bằng cục bông cotton lớn. Bôi một đến hai lớp dung dịch Jessner, lúc này da sẽ đỏ lên và hình thành những đốm frost trắng, tuy nhiên những đốm trắng này nhẹ hơn so với TCA (bôi sau). Nên bắt đầu bôi ở vùng trán, sau đó đến vùng 2 bên má, mũi, và cằm. Sau khi bôi dung dịch Jessner, nên đợi khoảng 2 phút trước khi bôi TCA. Một vài tác giả có thể bôi thuốc tê (vd: EMLA-lidocain 2.5% và prilocain 2.5%) lên vùng da điều trị trước khi bôi TCA để làm tăng khả năng dụng nạp của bệnh nhân với thủ thuật. Bước tiếp theo là bôi TCA 35% theo cách tương tự được mô tả với dung dịch Jessner, lưu ý là không ngâm gạc vào trong dung dịch TCA. Vùng mí mắt nên để bôi cuối cùng và bôi cách bờ mí mắt từ 3-4 mm. Khi bôi mí mắt nên dùng cục bông cotton để bôi. Có thể cần phải lau khô nước mắt trong suốt quá trình

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 4: bệnh nhân 1, trước và 6 tháng sau khi peel dung dịch Jessner+TCA 35%

Hình 5: bệnh nhân 2, trước và 3 tháng sau khi peel dung dịch Jessner+TCA 35%

Hình 6: bệnh nhân 3, trước và 6 tháng sau khi peel dung dịch Jessner+TCA 35%

https://nhathuocngocanh.com/

làm thủ thuật để bảo vệ mắt khỏi bị tổn thương do hiện tượng mao dẫn. Hơn nữa, nước mắt chảy xuống mặt sẽ pha loãng hóa chất và tạo ra một đường ở trên da mà tại đó hóa chất chỉ có tác dụng peel nông hơn là peel trung bình (do hóa chất bị pha loãng). Ngoài ra, khi nước mắt chảy xuống vùng cổ sẽ mang acid đến vùng này và làm cho bệnh nhân đau từ nhẹ đến trung bình.

Sau khi bôi, các điểm frost trắng cạnh nhau bắt đầu xuất hiện trong 30s và to ra trong vòng 2-3 phút. Tại thời điểm này, nên đánh giá mức độ frost (bảng 7) và nên nhớ là mức độ frost mong muốn đạt được trong peel trung bình là ở độ II và III. Cần nhớ vùng nào có khả năng để lại sẹo cao như vùng cung gò má, vùng xương ở hàm và cằm, thì đối với những vùng này không nên để hình thành lớp frost quá độ II. Vài phút sau đó, lớp frost xuất hiện rõ và gây khó chịu do tạo ra cảm giác bỏng, có thể dùng quạt để làm dịu cảm giác này. Nên cẩn thận khi bôi lại lần 2, cần dự trữ cho những vùng peel chưa hoàn toàn. Nếu cần thiết, có thể đợi 3-4 phút để xem đã đạt được mức độ frost cần thiết chưa để tránh bôi thêm lớp hóa chất nữa sẽ làm tăng độ sâu peel và gây ra những đáp ứng không mong muốn.

Đắp gặc thấm saline 0.9 % lạnh sẽ giúp bệnh nhân dễ chịu hơn sau thủ thuật. Lớp frost trắng lúc này sẽ được thay thế bằng đỏ da. Có thể xuất hiện phù sau thủ thuật. Quá trình tái tạo collagen diễn ra trong 3-4 tháng sau thủ thuật. Thủ thuật cho kết quả tốt, thậm chí là chỉ sau liệu trình đầu tiên, và do đó không phải lúc nào cũng cần lặp lại thủ thuật peel (Lupi và Cunha 2011; Gadelha và Costa 2009).

Glycolic acid 70% và TCA 35 % (Công thức phối hợp Coleman)

Đây cũng là cách thức peel trung bình có thể đạt được độ sâu tương tự như trong công thức phối hợp dung dịch Jessner với TCA 35%. Nghiên cứu mô học được tiến hành bởi Coleman đã cho thấy rằng tổn thương hóa học có thể xảy ra ở lớp bì giữa kèm theo sự lắng đọng của collagen và mô sợi ở "vùng Grenz" xảy ra 60-90 ngày sau thủ thuật. "vùng Grenz" cũng được nhìn thấy trong công thức phối hợp dung dịch Jessner + TCA 35% và tương đối hẹp hơn đối với công thức phối hợp CO_2+ TCA 35%. Công thức phối hợp Coleman được dùng khá là phổ biến ở Mỹ để peel trung bình.

Sau khi bệnh nhân nằm ở tư thế đầu nâng 300, mắt nhắm, tiến hành lau da bệnh nhân bằng xà phòng và nước, không cần phải tẩy nhờn. Bôi glycolic acid 70% bằng miếng gạc gấp nhỏ, hoặc bằng cục bông, và đợi 2 phút. Không cần dùng dung dịch bicarbonate để trung hòa glycolic acid. Sau 2 phút, rửa vùng da dưới vòi nước lạnh. Sau đó vài phút, bôi TCA 35% theo cách được mô tả đối với trường hợp bôi công thức phối hợp dung dịch Jessner + TCA 35% như ở phần trước.

CO_2 rắn và TCA 35% (Công thức phối hợp Brody)

Brody công bố phương pháp peel nông bằng nước đá CO_2 + TCA 35% vào năm 1986. CO_2 rắn có khả năng gây tổn thương lớp thượng bì

https://nhathuocngocanh.com/

Bảng 7. Mức độ frost

Mức độ frost	Loại peel	Đáp ứng lâm sàng
I	Nông	Đốm trắng Đỏ da nhẹ
II	Trung bình	Phủ lớp trắng Nền da đỏ
III	Trung bình/ sâu	Trắng đặc, đục Không có nền da đỏ

mà không để lại nguy cơ gây đóng băng lớp bì sâu hơn, cũng như nguy cơ giảm sắc tố và sẹo. Trước thủ thuật, chuẩn chỉ da bằng cách dùng alcohol hoặc acetone trong khoảng 2 phút. Sau đó, tiến hành bôi CO_2 ở vùng điều trị với áp lực đè khác nhau tùy vào độ sâu theo kế hoạch điều trị (vd: nếp nhăn sâu hơn ở quanh miệng, dày sừng ánh sáng nặng, sẹo trứng cá thì phải gây tổn thương mạnh hơn). Áp lực thấp là áp lực đè khoảng 3-5 s, áp lực trung bình là 5-8 s, và áp lực cao từ 8-15s. Tiếp đến là bôi TCA 35% và lau khô da. Bác sĩ Brody điều trị những vùng da nhạy cảm nhất trước (vùng mí mắt, mũi, má, và quanh miệng, sau đó đến vùng trán). Sau khi peel TCA 35%, túi đá lạnh được gói lại trong khăn giấy sẽ được sử dụng trong 5 phút, sau đó bôi dưỡng ẩm. Khó khăn trong thủ thuật này là kết quả rất khác nhau phụ thuộc vào kĩ thuật làm cũng như khó khăn để duy trì và dự trữ CO_2 rắn.

Chăm sóc sau peel

Đắp gặc lạnh thấm salin 20 phút vài lần mỗi ngày cũng như bôi petrolatum là rất có lợi cho bệnh nhân. Không cần phải trung hòa TCA. Gạc lạnh có thể đắp ngay sau thủ thuật để làm giảm khó chịu cho bệnh nhân. Quá trình bong vảy và tái tạo thượng bì sẽ hoàn tất trong vòng 7-10 ngày; tuy nhiên ở một vài bệnh nhân đỏ da có thể kéo dài từ 2-4 tuần. Phù da có thể kéo dài vài ngày và đỉnh phù là khoảng 48 tiếng sau thủ thuật. Bệnh nhân nên được cảnh bảo rằng những sang thương tăng sắc tố có sẵn có thể trở nên tối màu hơn sau thủ thuật trong vày ngày đầu. Sau thủ thuật peel nông, bệnh nhân cần phải ngưng toàn bộ các thuốc và mỹ phẩm đang dùng (đặc biệt là retinoids) cho để khi hoàn toàn tái tạo lớp thượng bì. Bảo vệ da kĩ khỏi ánh sáng mặt trời. Cần đặc biệt lưu ý với bệnh nhân là không được cào gãi ở nhà, phải cố gắng cưỡng lại việc gỡ, lột, gãi lên vùng da điều trị. Khuyến cáo không nên tiến hành peel trung bình khác trong vòng 6 tháng sau thủ thuật, cho đến khi da lành hoàn toàn (Lupi và Cunha 2011; Gadelha và Costa 2009).

https://nhathuocngocanh.com/

Lợi ích khi peel trung bình với TCA

•Cho kết quả tốt hơn so với peel nông.

• TCA là loại dung dịch không đắt, dễ chuẩn bị, ổn định và có thời hạn sử dụng dài.

• Peel TCA không gây ngộ độc hệ thống.

• Phối hợp peel nông với TCA 35% giúp dễ dự đoán kết quả điều trị và an toàn hơn.

• Khi peel TCA, ngoài lợi ích về khía cạnh thẩm mỹ trong việc giúp cải thiện tình trạng lão hóa da do ánh sáng, thì peel TCA còn giúp giảm tỉ lệ ung thư không phải tế bào sắc tố trong tương lai.

Biến chứng peel trung bình (xem bài xử lí biến chứng khi peel da)

Biến chứng trong peel hóa chất bao gồm đỏ da và ngứa kéo dài, rối loạn sắc tố như tăng sắc tố sau viêm, chậm lành vết thương, nhiễm trùng, thay đổi cấu trúc da, nổi mụn hoặc mụn thịt, bầm tím vầ sẹo (Levy và Emer 2012).

Rối loạn sắc tố

Tăng sắc tố thường xảy ra ở những người có phân loại da từ IV-VI (bảng 4). Tăng sắc tố có thể xuất hiện trong 5 ngày đầu tiên hoặc cho đến 2 tháng sau thủ thuật. Cách giải quyết những biến chứng này là bôi kem chống nắng, hydroquinone, kojic acid, và azelaic acid. Trong trường hợp khó trị, có thể tiến hành peel lần nữa (TCA 10%, dung dịch Jessner hoặc Glycolic acid 50% là những lựa chọn tốt nhất). Tăng sắc tố rất thường gặp nhưng nhìn chung chỉ là tạm thời và đáp ứng tốt với những điều trị hiện hiện nay. Giảm sắc tố thường xảy ra khi hóa chất ăn sâu vào da hơn dự định và rất khó điều trị.

Đỏ da kéo dài

Ban đỏ sau peel da thường biến mất sau một vài tuần. Đỏ da kéo dài được đặt trưng bởi da tiếp tục đỏ ở thời điểm mà đáng lẽ da đã trở về bình thường đối với hầu hết mọi người sau khi peel. Thường thì đỏ da biến mất sau 3-5 ngày đối với peel nông, 15-30 ngày đối với peel trung bình và 60-90 ngày đối với peel sâu. Nếu đỏ da kéo dài hơn những khoảng thời gian được đề cập ở trên là bất thường và là một dấu hiệu cảnh báo. Đó có thể là đấu hiệu của một vết sẹo vì đỏ da kéo dài có thể là một chỉ điểm hoặc có liên quan đến hình thành sẹo phì đại trong tương lai. Nguyên nhân thường do bệnh nhân đang mắc các bệnh như trứng cá đỏ (rosacea), viêm da cơ địa hoặc lupus, viêm da tiếp xúc với hóa chất peel hoặc chất sử dụng sau khi peel và cũng có thể do sử dụng isotretinoin đường uống gần đây. Điều trị nên được thực hiện với corticosteroids bôi.

Nhiễm trùng

Nhiễm khuẩn, virus, hoặc nấm có thể sẽ xuất hiện và nên được điều trị theo đúng nguyên nhân. Nhiễm khuẩn thường hiếm khi xảy ra khi peel TCA và phenol vì đây là những chất diệt khuẩn. Nguy cơ gây nhiễm trùng cao nhất đó là bôi màng sinh học tổng hợp hoặc bôi dầu gây bít tắt kéo dài và vệ sinh vết thương kém. Trong trường hợp nhiễm trùng nên lấy miếng gạc để

https://nhathuocngocanh.com/

đem đi cấy và làm kháng sinh đồ nếu có thể. Lưu ý với những bệnh nhân có ức chế miễn dịch và đái tháo đường vì những đối tượng này rất dễ bị nhiễm candida. Có thể thấy mủ nông trong trường hợp nhiễm candida. Ngoài ra cũng cần kiểm tra xem gần đây bệnh nhân có sử dụng kháng sinh hoặc steroid bôi kéo dài không, vì đây cũng có thể là nguyên nhân dẫn đến nhiễm nấm. Nhiễm herpes đặc trưng do sự tái hoạt hóa virus herpes xuất hiện ở trên mặt và vùng quanh miệng một cách đột ngột với một nhóm các mụn nước, vỡ để lại một đám vết trợt, và thường có cảm giác đau (Brody 2001).

Sẹo

Sẹo có thể xuất hiện ở bệnh nhân có tiền sử sẹo lồi, những người làm peel trung bình khi đang sử dụng isotretinoin uống trong 6 tháng đầu tiên. Ngoài ra cũng có thể để lại sẹo trong các trường hợp nhiễm trùng thứ phát, chấn thương, hoặc bệnh nhân lấy tay lột vảy trong thời gian sau peel. Nguy cơ bị sẹo phì đại sau peel trung bình là rất hiếm. Nếu xảy ra, thì thường thấy ở vùng xương hàm dưới và vùng quanh miệng. TCA là chất ăn mòn mạnh hơn phenol do đó khả năng để lại sẹo cao hơn (Nikalji 2012). Nên điều trị càng sớm càng tốt những trường hợp này với corticosteroids bôi mạnh hoặc tiêm corticosteroid vào tổn thương.

Những biến chứng khác

Ngứa, chậm lành vết thương, bầm tím, nổi ban dạng mụn, và phản ứng dị ứng với các sản phẩm được sử dụng là những biến chứng khác khi peel. Với các hóa chất như TCA hoặc glycolic acid thì chưa có báo cáo về phản ứng dị ứng với những chất này; tuy nhiên TCA cố thể gây ra mày đay vật lí (Tung và Rubin 2011).

Ghi nhớ

- Cần nhớ rằng, kết quả đạt được sau một liệu trình peel trung bình đối với tổn thương da ánh sáng là kết quả khó có thể đạt được bởi bất kì một liệu trình điều trị bằng công nghệ mới nào.
- Không bao giờ quên chụp ảnh vùng da cần điều trị của bệnh nhân trước khi tiến hành thủ thuật peel để dùng làm tư liệu so sánh sau khi peel.
- Công thức phối hợp peel trung bình phổ biến nhất là dung dịch Jessner + TCA 35%.
- Đắp gặc thấm saline 0.9% lạnh có thể làm bệnh nhân cảm thấy thỏa mái và dễ chịu hơn sau thủ thuật. Quá trình bong vảy và tái tạo thượng bì hoàn thành trong khoảng 7-10 ngày. Phù có thể kéo dài vài ngày và đỉnh phù là 48h.
- Quá trình tái tạo collagen xảy ra trong 3-4 tháng sau thủ thuật.

Tài khoản tham khảo

- Bolognia JL, Jorizzo JL, Schaffer JV. Dermatology 3rd ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012. Chapter 154
- Brody HJ. Complications of chemical resurfacing. Dermatol Clin. 2001;3:427–37.
- Brody HJ, Monheit GD, Resnik SS, Alt TH. A history of chemical peeling. Dermatol Surg. 2000;26:405–9.
- Dingman DL, Hartog J, Siemionow M. Simultaneous deep-plane

https://nhathuocngocanh.com/

face lift and trichloroacetic acid peel. Plast Reconstr Surg. 1994;93:86–93. ; discussion 4–5.

• Fischer TC, Perosino E, Poli F, Viera MS, Dreno B, Cos- metic Dermatology European Expert Group. Chemical peels in aesthetic dermatology: an update 2009. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2010;24(3):281–92.

• Gadelha AR, Costa IMC. Cirurgia dermatológica em consultório. 2nd ed. São Paulo: Atheneu; 2009; 71–75.

• Glogau RG. Aesthetic and anatomic analysis of the aging skin. Semin Cutan Med Surg. 1996;15(3):134–8.

• Handog EB, Datuin MS, Singzon IA. Chemical peels for acne and acne scars in asians: evidence based review. J Cutan Aesthet Surg. 2012;5(4):239–46.

• Hession MT, Graber EM. Atrophic acne scarring. A review of treatment options. J Clin Aesthet Dermatol. 2015; 8(1):50–8.

• Khunger N. Standard guidelines of care for chemical peels. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2008;74 Suppl S1:5–12.

• Landau M. Chemical peels. Clin Dermatol. 2008;26:200–8.

• Lawrence N, Cox SE, Cockerell CJ, et al. A comparison of the efficacy and safety of Jessner's solution and 35% trichloroacetic acid versus 5% fluoracil in the treatment of widespread facial actinic keratosis. Arch Dermatol. 1995;131:176–81.

• Lee JB, Chung WG, Kwahck H, Lee KH. Focal treatment of acne scars with trichloroacetic acid: chemical reconstruction of skin scars method. Dermatol Surg. 2002;28:1017–21.

• Levy LL, Emer JJ. Complications of minimally invasive cosmetic procedures: prevention and management. J Cutan Aesthet Surg. 2012;5(2):121–32.

• Lupi O, Cunha PR. Rotinas de diagóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia. 2a edição. Rio de Janeiro: Editora GEN; 2011.

• Monheit GD. Chemical peeling for pigmentary dyschromias. Cosmet Dermatol. 1995;8:10–5.

• Monheit GF. Chemical peels. Skin Ther Lett. 2004; 9(2):6–11.

• Monheit GD, Kayal JD. Chemical peeling. In: Nouri K, Leal-Khouri, editors. Techniques of dermatologic surgery. Elsevier; 2003. p. 233–44. Nikalji N, Godse K, Sakhiya J, Patil S, Nadkarni

• N. Complications of medium depth and deep chemical peels. J Cutan Aesthet Surg. 2012;5(4):254–60.

• Patel L, McGrouther D, Chakrabarty K. Evaluating evi- dence for atrophic scarring treatment modalities. J Roy Soc Med Open. 2014;5(9):1–13.

• Rendon MI, Berson DS, Cohen JL, Roberts WE, Starker I, Wang B. Evidence and considerations in the applica- tion of chemical peels in skin disorders and aesthetic resurfacing. J Clin Aesthet Dermatol. 2010;3(7):32–43. Rubenstein R, Roenigk HH, Stegman SJ, Hanke CW. Atypical keloids after dermabrasion of patients taking isotretinoin. J Am Acad Dermatol. 1986;15:280–5.

https://nhathuocngocanh.com/

• Rullan P, Karam AM. Chemical peels for darker skin types. Facial Plast Surg Clin North Am. 2010;18(1):111–31.

• Salam A, Dadzie OE, Galadari H. Chemical peeling in ethnic skin: an update. Br J Dermatol. 2013;169 Suppl 3:82–90. Savant SS. Superficial and medium depth chemical peel- ing. In: Savant SS, editor. Text book of dermatosurgery and cosmetology. 2nd ed. Mumbai: ASCAD-Mumbai,
India; 2005. p. 177–95.

• Small R. Aesthetic procedures in office practice. Am Fam Physician. 2009;80(11):1231–7. 1238.
Tosti A, Grimes PE, de Padova MP. Color Atlas of chem- ical peeling. Springer; 2006.

• Tung RC, Rubin MG. Procedures in cosmetic dermatology series: chemical peels. 2nd.ed. 2011.

• Velasco MVR, Ribeiro ME, Bendin V, Okubo FR, Steiner
D. Facial skin rejuvenation by chemical peeling: focus on phenol peeling. An Bras Dermatol, Rio de Janeiro. 2004;79(1):91–9.

• Wolfe SA. Chemical face peeling following therapeutic irradiation. Plast Reconstr Surg. 1982;69:859–62.

https://nhathuocngocanh.com/

Chương 8

Phối hợp Peel TCA

Bogdana Victoria Kadunc

TÓM TẮT

Peel hóa chất là một trong những thủ thuật thẩm mỹ phổ biến nhất trên thế giới trong chuyên ngành da, bắt đầu từ nhiều thế kỉ trước. Chỉ định tốt nhất cho peel hóa chất là các trường hợp mụn trứng cá, trứng cá đỏ, rối loạn sắc tố, lão hóa da vùng mặt và vùng ngoài mặt, và những vấn đề khác về da. Kết quả thành công có thể đạt được phụ thuộc vào lựa chọn đối tượng bệnh nhân cận thận cũng như sử dụng loại hóa chất phù hợp. Trichoroacetic acid được xem là một trong những hóa chất peel tốt nhất nhờ vào tính linh hoạt, hoạt tính peel chính xác trên da và không gây ngộ độc hệ thống của nó. TCA có thể được sử dụng như một chất ăn mòn trong một vài loại peel và các thủ thuật khác. Dựa vào những y văn hiện tại, chúng tôi đã tổng hợp lại lịch sử về thủ thuật này và những kiến thức đương đại với peel TCA gồm chỉ định, chống chỉ định, tình trạng da, các tiến hành thủ thuật, kết quả và biến chứng. Ngoài ra chúng tôi cũng đề cập đến sự phối hợp TCA với các chất peel và các thủ thuật khác.

NỘI DUNG

• **Giới thiệu**
• **Peel TCA**
TCA: tổng quan
TCA: đặc tính
Peel TCA: chuẩn bị trước peel
Peel TCA: kĩ thuật peel
• **Lão hóa ánh sáng**
• **Peel nông và rất nông bằng TCA**
• **Peel trung bình bằng TCA**
• **Phối hợp TCA**
• **Peel hóa chất và dày sừng ánh sáng**
• **Kết luận**
• **Ghi nhớ**
• **Tham khảo**

GIỚI THIỆU

Peel hóa chất đã được sử dụng rất nhiều trong các thủ thuật da kể từ rất lâu. Sử dụng các hóa chất để giúp cải thiện chất lượng và vẻ bề ngoài của da đã được mô ta trong Ebers Paryrus của người hy lạp vào năm 1560. Năm 1882, trong quyển sách có tên Therapeutique gensneerale de la peau, được viết bởi Unna, thì chuyên ngành da được đề cập như là một chuyên ngành

https://nhathuocngocanh.com/

sử dụng các hóa chất peel cho mục đích thẩm mỹ (Collins 1987).

Từ những kinh nghiệm lâu đời của người dân, những thủ thuật này đã dần trở thành các kĩ thuật có tính học thuật với những tiêu chuẩn đạo đức được đưa sau khi những chất này được nghiên cứu về độc tính, mô học và thử nghiệm.

Peel hóa chất thường được chỉ định trong các trường hợp trứng cá thường, rối loạn sắc tố da, trứng cá đỏ, và lão hóa da ánh sáng ở các mức độ khác nhau. Chỉ định điều trị của những trường hợp này phải luôn dựa trên tiêu chuẩn bệnh sinh và liên quan giải phẫu bệnh học.

Tùy vào độ sâu hóa chất có thể xâm nhập vào da, peel hóa chất được chia thành peel rất nông, peel nông, trung bình và sâu. Peel rất nông chỉ xâm nhập vào lớp sừng và lớp hạt; peel nông chỉ ảnh hưởng đến lớp giữa bì-thượng bì và lớp bì nhú, sâu khoảng 0.45 mm, peel trung bình đạt đến lớp bì lưới trên, sâu khoảng 0.6 mm; và peel sâu xâm nhập đến lớp bì lưới giữa và có thể đạt 0.8mm, lớp này là giới hạn tối đa có thể peel mà không để lại sẹo (Rubin 1995).

Resorcinol, salicylic acid, trichloroacetic acid (TCa), và phenol là những hóa chất được sử dụng phổ biến nhất trong peel hóa chất, và gần đây còn có các chất alpha hydroxyacids, pyruvic acid (alphaketo acid), và retinoic acid. Mỗi chất trong số các chất kể trên có cơ chế hoạt động khác nhau: cơ chế ly sừng, đông sừng (keratocoagulation), và ly giải thượng bì.

TCA rất nổi bật nhờ vào tính an toàn và linh hoạt của nó. Ở các nồng độ (giữa 15% và 45%), thể tích và mức áp lực bôi khác nhau, TCA có thể dùng để peel rất nông, nông và trung bình (Collins 1989). TCA có thể dùng một mình hoặc phối hợp với các loại hóa chất và thủ thuật khác.

Có báo cáo cho rằng TCA 50% nếu được gây bít bằng băng dán, có thể tạo ra peel sâu. Tuy nhiên, ở nồng độ cao hơn 45%, nó có thể gây hoại tử những lớp sâu của da, đưa đến gây rối loạn sắc tố và sẹo phì đại (Resnik 1984; Ayres 1960; Resnik 1976; Stagnone 1987). Đo đó, TCA 35% thường được sử dụng trong peel trung bình phối hợp vì khi phối hợp các loại hóa chất peel với nhau sẽ làm giảm nguy cơ của mỗi hóa chất so với khi sử dụng chúng đơn lẻ.

PEEL TCA

TCA: tổng quan

Nghiên cứu lớn đầu tiên về ứng dụng TCA (xem chương Peel Trichloroacetic acid, vol.2) trên da người được công bố bởi Monash vào năm 1945. Ông ấy đã bôi tại chỗ TCA để điều trị ban vàng mí mắt (xanthelasma palpebrarum), mụn cóc phẳng, và u mềm lây. Ông ta còn điều trị vảy phấn hồng, chàm mạn tính, và tổn thương da do lupus ban đỏ bằng TCA. Peel TCA được bôi toàn bộ mặt trong trường hợp nám má và sẹo sau mụn trứng cá. Ông đã sử dụng TCA trong dung dịch nước với nồng độ 15% và 50% vì ông quan sát thấy rằng nếu sử dụng với nồng độ cao hơn thì dễ dẫn đến hình thành sẹo lồi.

Giữa năm 1960 và 1962, Ayres (1960, 1962), một bác sĩ da từ Los Angeles, đã công bố 2 bài báo về TCA.

https://nhathuocngocanh.com/

Ông ấy báo cáo rằng TCA ở nồng độ tối đa có tác dụng rất mạnh và có khả năng ăn mòn mạnh hơn so với phenol, nhưng có thể dùng TCA một cách an toàn ở nồng độ từ 25% đến 50%. Ông cũng đã kiểm tra nồng độ acid ở trong nước tiểu của bệnh nhân và kết luận rằng không có sự hấp thu hệ thống đối với TCA. Trong nghiên cứu mô học của mình, ông đã đề ra tầm quan trọng của việc đánh giá mức độ hoại tử và phục hồi mô gây ra bởi hóa chất trên da. Mức độ hoại tử trong pha cấp và mức tái tạo lớp collagen mới ở lớp bì được đo 3 tuần sau khi peel, và thấy rằng chúng có cùng mức độ.

Năm 1976, một nghiên cứu của Resnik (1976) về đánh giá các loại peel hóa chất: peel rất nông, sử dụng TCA 20%; peel trung bình, sử dụng TCA 35%; và peel sâu, sử dụng TCA 50% hoặc 70%. Thì ông thấy rằng peel sâu với TCA được xem là liệu pháp thay thế an toàn hơn so với dùng phenol, vì phenol gây ngộ độc hệ thống nên thường chống chỉ định trong trường hợp này. Tuy nhiên, những báo cáo về sẹo lồi và sẹo teo gây ra bởi TCA ở nồng độ cao hơn 45% ngày càng nhiều (Lober 1987).

Một nghiên cứu mô học trên da lợn kết luận rằng mức độ xâp nhập vào da của TCA phụ thuộc vào nồng độ được sử dụng, TCA 35-50% xâm nhập 0,3/0,4 mm và TCA 80% xâm nhập 0,8/0,9 mm. Họ kết luận rằng sử dụng TCA ở nồng độ 50% hoặc cao hơn có thể để lại sẹo do gây hoại tử lớp sâu của da (Roenigk và Broadland 1993).

Do đó, kể từ năm 1980, mục đích của các chuyên gia là peel TCA ở nồng độ thấp hơn để đạt kết quả tương đương phenol với nguy cơ thấp hơn.

Để giải quyết vấn đề này, nhiều nghiên cứu đã được thực hiện về sự phối hợp peel trong đó người ta tiến hành peel với một hóa chất khác trước khi điều trị với TCA 35%. Năm 1986, Brody và Hailey (1986) đã mô tả công thức phối hợp này lần đầu tiên, ông đề xuất peel nông với CO2 rắn sau đó bôi ngay TCA 35%. Theo tác giả, với cách phối hợp này, vừa có hiệu quả làm đổi mới thượng bì vừa kích thích tốt lớp bì và giảm nguy cơ để lại sẹo.

Với mục đích tương tự, Monheit (1989) đã mô tả một công thức phối hợp vào năm 1989: ông đã phối hợp dung dịch Jessner, chứa 14% resorcinol, salicylic acid, và lactic acid trong ethanol (Còn được gọi là công thức Combes), với TCA 35%, và đã báo cáo quá trình ly sừng và đông vón protein của mỗi hóa chất. Năm 1994, Coleman cũng đã công bố một kĩ thuật peel nông phối hợp glycolic acid 70% với TCA 35% (Coleman và Futrell 1994).

TCA: đặc tính

Trichloroacetic acid (C2HCl3O2) là hóa chất sử đụng để peel da đầu tiên. Cơ chế tác động của chất này là làm hoại tử lớp bì bằng cách làm đông vón protein nằm giữa các tế bào. Nó chứa các tinh thể trắng tan chảy có khả năng hút ẩm cao, tan được trong nước, alcohol, và ether. TCA có khả năng ăn mòn rất mạnh và mạnh hơn so với phenol khi ở nồng độ tối đa.

Dung dịch alcohol của TCA không thấm tốt vào da, và do đó nước là dung môi lí tưởng cho TCA. Một vài phương pháp khác nhau có thể được

https://nhathuocngocanh.com/

sử dụng để tạo ra dung dịch từ các tinh thể.

Ví dụ: để tạo ra TCA 30%, có 2 phương pháp sau: phương pháp của người châu âu, cân nặng/cân nặng (30 g tinh thể TCA + 70 g nước), và phương pháp điều chế dược chuẩn (Mỹ), cân nặng/thể tích (30g TCA tinh thể + lượng nước thêm vào để được tổng là 100ml dung dịch).

Nhiều nghiên cứu đã cho thấy rằng phương pháp cân nặng/thể tích nên được áp dụng, và các bác sĩ nên xác nhận với các dược sĩ là mong muốn điều chế theo phương pháp nào để họ có thể so sánh và sản xuất lại (Brindestine và Dolezal 1994).

Để giữ TCA ổn định, nồng độ ban đầu vẫn được duy trì sau 23 tuần được giữ trong chai thủy tinh hổ phách ở nhiệt độ thường.

Theo một vài nghiên cứu, không có hiện tượng nhiễm độc hệ thống khi sử dụng TCA trên da (Ayres 1960; Resnik 1976; Stagnone 1987).

Mức độ hấp thu của TCA liên quan trực tiếp đến sự xuất hiện và mức độ của đỏ da và frost sau khi bôi. Những dấu hiệu này rất quan trọng và có đáp ứng mô học gần như chính xác (Johnson 1996). Nhờ vào lợi ích này, việc sử dụng TCA trở nên dễ dàng và an toàn.

Những đặc điểm có thể thấy được liên quan đến tác dụng của TCA trên da được phân loại như sau: độ 0, không có đỏ da và frost; độ 1, frost nhẹ không đồng đều và đỏ da nhẹ; độ 2, frost từng điểm và đỏ da thấy rõ; độ 3, frost liên tục và đặc, không còn thấy đỏ da. Lớp frost càng đồng nhất, càng đặc, hình thành càng nhanh thì TCA thấm vào càng sâu (Rubin 1995).

Peel hóa chất: chuẩn bị trước peel

Một bất lợi khi sử dụng TCA là nó không được hấp thụ đồng điều vào da. Có thể thấy lớp frost hình thành khi peel luôn không đồng nhất và tạo ra nhiều mức độ peel khác khau. Do đó, điều trị da với tretinoin trước khi peel là rất quan trọng bởi vì cách này sẽ giúp TCA được hấp thụ nhanh hơn và đồng nhất hơn và kết quả sẽ dễ dự đoán hơn.

Sử dụng tretinoin trước thủ thuật peel còn làm rút ngắn thời gian hồi phục vì chất này có khả năng kích thích làm tăng sinh và thay thế các lớp tế bào thượng bì và làm tăng dòng máu đến mô (Hevia 1991). Nên sử dụng các biện pháp chống nắng đúng chuẩn khi sử đụng tretinoin cũng như đối với những bệnh nhân thực hiện peel hóa chất.

Khi chuẩn bị bệnh nhân để peel, cần phải dự phòng tái hoạt virus herpes, đây là một trong những biến chứng thường được báo cáo. Khuyến cáo nên sử dụng kháng virus – acyclovir (800 mg 8/8h), valacyclovir, hoặc famciclovir – để dự phòng, cho bệnh nhân uống bắt đầu từ 2 ngày trước thủ thuật và kéo đài từ khoảng 3 ngày cho đến 2 tuần tùy thuộc vào độ sâu khi peel. Peel càng sâu, đặc biệt là ở vùng quanh miệng thì chăm sóc càng cẩn thận, cho dù bệnh nhân trước đây chưa có đợt bùng phát herpes (Perkins và Sklarew 1996).

Peel hóa chất: kĩ thuật bôi

Những dụng cụ cần thiết để

https://nhathuocngocanh.com/

peel rất đơn giản và không tốn kém, gồm có hóa chất peel, vật dụng peel, gạc, hóa chất trung hòa và xi lanh chứa saline để sử dụng trong trường hợp các hóa chất dính vào mắt. Hệ thống làm lạnh bằng không khí hiện đại là hệ thống làm lành được sử dụng phổ biến với các thủ thuật laser, và hiện nay được dùng để thay thế máy thông khí để kiểm soát đau trong quá trình peel.

Trước khi bắt đầu thủ thuật, cần kiểm tra và đánh giá cẩn thận vùng da sẽ được peel về các bệnh lí da và quá trình chuẩn bị da trước đó.

Độ sâu khi peel bằng hóa chất là kết quả cộng gộp của nhiều yếu tố bao gồm độ dày và mức độ dầu của đa được điều trị, tính toàn vẹn của hàng rào da, sự hiện diện và mật độ của các thành phần phụ của da, mức độ tẩy nhờn trước khi bôi, nồng độ hóa chất, sự chà sát, gây bít tắt, và thể tích hóa chất được sử dụng. Yếu tố sau cùng là yếu tố quan trọng nhất. Tất cả những chi tiết này phải được cân nhắc đồng thời khi tiến hành peel, để có thể đạt được kết quả như mong muốn mà có thể hạn chế được nguy cơ để lại sẹo và những biến chứng khác.

Bôi tê hoặc tiêm tê thường không phổ biến trong peel nông và peel trung bình. Tuy nhiên có thể block nhánh thần kinh mặt ở đường giữa đồng tử trong peel trung bình, đặc biệt ở những bệnh nhân nhạy cảm. An thần và giảm đau toàn thân có thể được sử dụng trước khi tiến hành thủ thuật để hỗ trợ giảm đau.

Lau sạch vùng da điều trị bằng xà phòng trung tính và nước, đồng thời tẩy nhờn với ethyl alcohol, ether hoặc acetone. Đây là bước rất cần thiết cho bề mặt không đồng nhất của da, để điều khiển mức độ xâm nhập của hóa chất, và loại bỏ bã nhờn, mảnh vụn tế bào hoặc một số thành phần nhất định khác của lớp sừng. Cần phân loại bước này dựa vào mức độ dung nạp và nhạy cảm của da, hóa chất được sử dụng, và độ sâu muốn peel.

Bước tiếp theo là bôi hóa chất an mòn. Hình thức bôi-bằng gạc hay bông cotton có thể được lựa chọn bởi các chuyên da. Đầu tiên bôi ở vùng trán, nơi mà da ít nhạy cảm, dễ đồng nhất hơn và cho kết quả dễ dự đoán hơn so với những vùng còn lại của da mặt. Sau đó bôi vùng 2 bên gò má, môi trên, cằm, mũi và cuối cùng là vùng mí mắt. Vật dụng bôi phải được dùng mới ở mỗi vùng, và hạn chế hóa chất peel xâm nhập quá sâu bằng cách tránh bôi quá nhiều hóa chất.

Trong peel trung bình phối hợp TCA 35% và dung dịch Jessner, TCA 35 % được bôi ngay sau khi chỉ bôi 1 lần dung dịch Jessner. Cần phải quan sát mức độ tương tác động học được đề cập ở trên, cho đến khi hình thành lớp trắng đặc và đồng nhất. Không cần rửa hoặc trung hòa da sau thủ thuật.

Cảm giác đau khi bôi TCA sẽ giảm khi xuất hiện lớp frost và có thể kéo dài vài phút. Do đó, tốc độ bôi có thể thay đổi tùy theo mức độ không thỏa mái của bệnh nhân.

Ở vùng da môi trên, TCA có thể xâm nhập 2 hoặc 3 mm vào vùng niêm mạc đỏ của môi để điều trị các nếp nhăn tại chỗ. Vùng xương hàm phải cách quá 1 cm và luôn được đặc biệt lưu tâm vì vùng này nằm gần vùng mà có tỉ lệ các thành phần phụ của da thấp

https://nhathuocngocanh.com/

và cơ di động nhiều và thường để lại sẹo lồi hay sẹo phì đại. Vùng trước và sau của dái tai cũng cần được lưu tâm đặc biệt. Đối với vùng mí mắt, vì vùng này có nhiều nếp nhăn siêu nhỏ nên sẽ là vùng peel cuối cùng và da vùng này phải được kéo căng để bôi thêm hóa chất, phải cách bờ lông mi tối thiểu 2 mm. Cùng lúc đó, phải lau nước mắt cho bệnh nhân để tránh hóa chất đi vào khoang mắt theo cơ chế mao dẫn.

Vùng cổ cũng nên được điều trị để tránh xuất hiện sự lệch tông màu da giữa vùng cổ và mặt, tuy nhiên vùng này chỉ được peel nông mà thôi.

Lão hóa da ánh sáng

Peel hóa chất là một chỉ định rất chính xác trong trường hợp lão hóa da ánh sáng. Lão hóa da ánh sáng được đặc trưng bởi các dấu hiệu lâm sàng như bề mặt da thô ráp và không đồng đều, rối loạn sắc tố, hình thành các khối u lành và ác tính, giãn mạch da do sự giãn ra của các mạch máu nhỏ, nếp nhắn nhỏ do sự hỗ trợ của mô liên kết giảm và mất sự đàn hồi mô. Theo Rubin, mức độ lão hóa da độ 1, 2, hay 3 dựa vào vị trí lớp da bị thay đổi (Rubin 1995). Do đó, bề mặt da thô ráp và không đồng đều và rối loạn sắc tố thượng bì có thể được điều trị bằng peel nông. Sạm da do ánh sáng và dày sừng ánh sáng đòi hỏi phải tiến hành peel trung bình để giải quyết, trong khi sự giảm đàn hồi da ho ánh sáng và rối loạn sắc tốt ở sâu trong da cần phải peel sâu để điều trị.

Peel TCA nông và rất nông

Peel nông bằng TCA 10% hoặc 15% có tác dụng ưu thế lên lớp thượng bì, do đó rất hữu hiệu trong kiểm soát mụn trứng cá và trứng cá đỏ (rosacea). Peel nông TCA là chỉ định hàng đầu để điều trị những bệnh nhân đang mang thai (xem chương "tiếp cận thẩm mỹ ở phụ nữ có thai") do nó không được hấp thu qua da nên không gây độc hệ thống. Peel nông cũng có thể được dùng để điều trị hỗ trợ trong nám má và sạm da, vì TCA ở nồng độ này có tác dụng peel nông bề mặt nên sẽ hỗ trợ hấp thu đối với các chất bôi làm trắng, và giảm nguy cơ tăng sắc tố sau viêm (xem chương "tiếp cận điều trị thẩm mỹ nám má", vol 1; chương "Q-Swiched Lasers trong điều trị Melasma, Thâm quanh mắt, và trẻ hóa da", vol 3; Rivas và Pandya 2013; Sacchidannand 2015).

Peel nông với TCA 15% hoặc 20% cũng là liệu pháp hiệu quả để điều trị lão hóa da mặt nhẹ, độ 1 theo Rubin.

Vài ngày sau khi peel nông, da sẽ trở nên khô, nhưng không có dấu hiệu viêm và nên duy trì sử dụng lotion rửa mặt nhẹ, kem chống nắng vật lí và dưỡng ẩm nhẹ.

Peel nông và rất nông bằng TCA cho da mặt được chỉ định theo một chuỗi liệu trình từ 3 đến 5 lần peel, khoảng cách giữa các lần peel là một vài tuần, thời gian này là đủ để da mặt phục hồi lại hàng rào da.

Peel TCA 15% và 20% cũng là một lựa chọn tốt để peel các vùng da ngoài da mặt, vì nó không hấp thu qua da dù bôi với một diện tích lớn, do đó không gây độc tính hệ thống. TCA có thể được bôi cho đến khi xuất hiện đỏ da hoặc xuất hiện các điểm frost (độ 2), và phải luôn nhớ rằng hoạt tính của

https://nhathuocngocanh.com/

TCA chậm do đó kiểm tra da đã đỏ hay frost chưa trong vòng 5 phút mới bôi lớp tiếp theo. Đối với da ngoài da mặt, khoảng thời gian giữa các lần peel nên là 1 tháng.

Chống chỉ định đối với peel TCA nông và rất nông là rất hiếm, gồm có các trường hợp sau: đang nhiễm virus herpes, tổn thương viêm da cơ địa hoặc các bệnh khác ở vùng cần điều trị.

Peel trung bình bằng TCA

Lão hóa da ánh sáng độ 2 và 3 với sự xuất hiện của đốm nâu, nếp nhăn do ánh sáng, và giảm đàn hồi nhiều là những chỉ định hợp lí đối với peel trung bình bằng TCA 35% phối hợp với peel trước đó bằng CO2 đặc, dung dịch Jessner hoặc glycolic acid. Dung dịch Jessner, theo mô tả bởi Monhei, được sử dụng phổ biến nhất để phối hợp peel trung bình với TCA (Monheit 1989). Peel trung bình phối hợp còn có thể được chỉ định trong các bệnh u mềm lây ở bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch và để dự phòng các tổn thương ác tính của bệnh khô da nhiễm sắc tố (Nelson 1995; Garett 1992).

Chống chỉ định của peel trung bình gồm: bệnh nhân đang nhiễm virus herpes hoặc mới nhiễm trong thời gian gần đây, viêm da phóng xạ mạn tính, và sẹo rộng (do bị giảm hoặc không có các thành phần phụ của da, sẽ rất khó khăn trong quá trình tái tạo thượng bì). Cảm xúc không ổn định cũng là chống chỉ định của peel trung bình vì có thể bệnh nhân sẽ gặp phải khó khăn với khoảng thời gian khó chịu sau khi peel.

Vì độ sâu mà peel trung bình có thể đạt được đến lớp bì nhú hoặc lớp trên bì lưới, do đó làm peel trung bình trên mặt phải hết sức tránh những vùng da không đủ các thành phần phụ (nang lông, tuyến bã...) để đảm bảo quá trình tái tạo thượng bì.

Thời gian phục hồi sau peel trung bình là từ 7-10 ngày. Trong thời gian này có thể da sẽ bị đỏ, phù, và đóng mài dày. Bệnh nhân không cần phải nghỉ làm ở nhà, những những hoạt động đòi hỏi phải tiếp xúc với công chúng thì nên được tránh.

Có thể cho bệnh nhân sử dụng thuốc kháng viêm (không có hoạt tính hormone) hệ thống trong 5 ngày.

Cần phải theo dõi để phát hiện các trường hợp tái hoạt herpes mặc dù đã dự phòng tái hoạt virus herpes, nó vẫn có thể xuất hiện sau đó vài tuần, ngoài ra phải theo dõi nhiễm trùng có thể xảy ra.

Nên rửa mặt bằng lotion rửa mặt không gây kích ứng, và dưỡng ẩm với nước ấm trong 5 phút từ 4-6 lần mỗi ngày. Sau khi rửa mặt, nên bôi trơn bề mặt da với dung dịch petrolatum hoặc những chất dưỡng ẩm không gây kích ứng khác. Những bước chăm sóc da này nên được bắt đầu từ 4-6 h sau khi làm thủ thuật. Nên rửa sạch và bôi dưỡng ẩm lên lớp mài đóng trên da cho đến khi nó bong tự nhiên. Bệnh nhân phải được căn dặn là không nên gỡ lớp mài mà phải để nó tự bong ra, vì có thể sẽ làm chậm quá trình phục hồi của da và nguy cơ để lại sẹo.

Sau khi toàn bộ lớp mài bong ra, bệnh nhân có thể quay về với hoạt động thường ngày và bắt đầu sử dụng kem chống nắng vật lí. Chăm sóc da

https://nhathuocngocanh.com/

thường quy trở lại từ 2 tuần sau thủ thuật.

Tránh tiếp xúc trực tiếp với ánh sáng trong vòng 60 ngày sau khi peel, tuy nhiên, ánh sáng mặt trời lại có thể giúp da phục hồi tốt hơn.

Những biến chứng của peel trung bình gồm tăng sắc tố sau viêm có thể xuất hiện ở da có phân loại II-IV và có thể được điều trị bằng phối hợp chuẩn các chất tretinoin, hydroquinone và corticosteroids bôi độ mạnh trung bình.

Sẹo giảm sắc tố sau cùng có thể xuất hiện ở những vùng peel quá tay, những vùng này thường đóng mài dày, và thời gian tái tạo thượng bì kéo dài trên 10 ngày. Giảm sắc tố thường xảy ra sau đỏ da kéo dài và sẹo lồi có thể được điều trị bằng cách ủ kem bôi corticosteroid mạnh hoặc tiêm vào tổn thương.

Peel trung bình có thể được lặp lại nếu cần thiết, với khoảng cách thời gian tối thiểu là 60 ngày. Hiệu quả lâm sàng có thể kéo dài từ 18-24 tháng.

PHỐI HỢP PEEL TCA

Trong peel da bằng hóa chất, thuật ngữ phối hợp có thể có vài nghĩa: (Collins 1987) bôi 2 hóa chất ăn mòn, một chất bôi trên chất kia ở cùng một vị trí, ví dụ như peel Jessner với TCA 35% (Rubin 1995), hay chemabrasion được định nghĩa là bôi hóa chất ăn mòn sau khi tiến hành dermabrasion ở cùng một vị trí, và (Collins 1989) sử dụng kĩ thuật bôi khác nhau với các đơn vị thẩm mỹ của da mặt.

Theo Gonzales-Ulhoa, da mặt có thể được chia thành 11 đơn vị thẩm mỹ- vùng trán, mí mắt, tai, vùng gò má-má, mũi, môi, cằm và cổ- mỗi vùng có các đặc tính da về màu sắc, cấu trúc và độ dày khác nhau, đây là những yếu tố quyết định đáp ứng của da khi peel hóa chất. Trong peel hóa chất, sự phân vùng này là rất quan trọng vì mỗi vùng có mức độ hấp thụ khác nhau và do đó độ sâu peel mong muốn cũng khác nhau ở mỗi đơn vị thẩm mỹ (Gonzalez-Ulhoa 1954).

Bằng cách tôn trọng các vùng thẩm mỹ trên mặt, và lưu ý những thay đổi màu sắc có thể có, thì có ta có thể thực hiện thủ thuật với các độ sâu khác nhau theo chỉ định chính xác với mỗi đơn vị thẩm mỹ.

Peel trung bình có thể phối hợp với các thủ thuật xâm lấn sâu khác ở vùng lão hóa da ánh sáng nặng, ví dụ như vụng quanh miệng. Trong những trường hợp này, dung dịch Baker (xem chương "peel sâu bằng dung dịch phenol" và "phối hợp peel dầu Croton-Phenol"), dung dịch này chứa phenol và dầu croton, có kèm hoặc không kèm với được gây bít tắt bằng băng dính, dùng để peel sâu đến lớp bì lưới giữa (Vasconcelos 2013).

Một cách khác để điều trị nếp nhăn sâu ở vùng môi là chemabrasion (phối hợp peel hóa chất với dermabrasion). Các bước gồm tiến hành peel TCA sau khi gây tê vùng điều trị, tiếp theo là thực hiện dermabrasion truyền thống với motor và diamond fraise (dụng cụ làm dermabrasion hình thoi) (Meski 2009) hoặc dụng cụ làm dermabrasion bằng tay làm từ cát. Peel TCA sẽ hỗ trợ tốt cho dermabrasion vì nó làm đông vón protein bề mặt, giúp đạt kết quả tốt hơn so với dùng đơn lẻ các thủ thuật.

https://nhathuocngocanh.com/

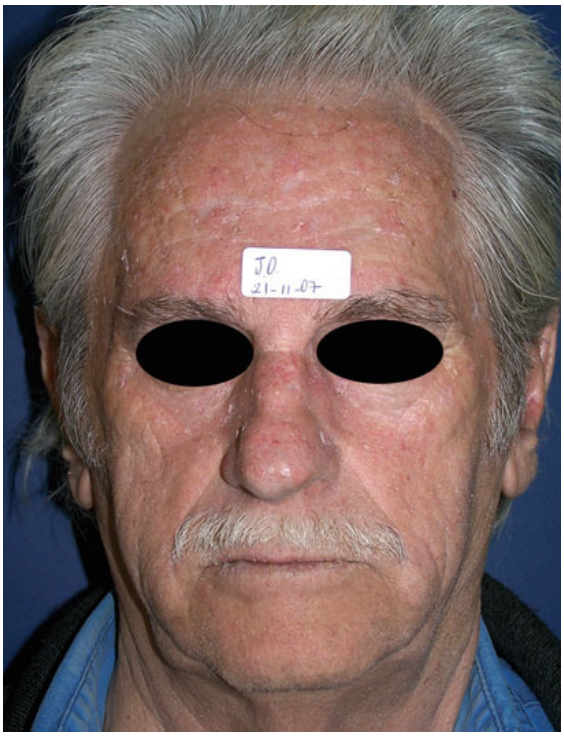
Peel hóa chất và dày sừng ánh sáng

Khả năng ung thư hóa của các vùng dày sừng ánh sáng nhiều vị trí và rải rác đã làm thay đổi quan điểm điều trị với dày sừng ánh sáng. Dày sừng ánh sáng được đặc trưng bởi sự xen kẻ giữa vùng da bình thường với vùng dày sừng bờ không rõ, nằm kề nhau và lan rông, với số lượng nhiều và có nhiều điểm tiền ung thư (Ultrich 2007; Goldenberg 2017).

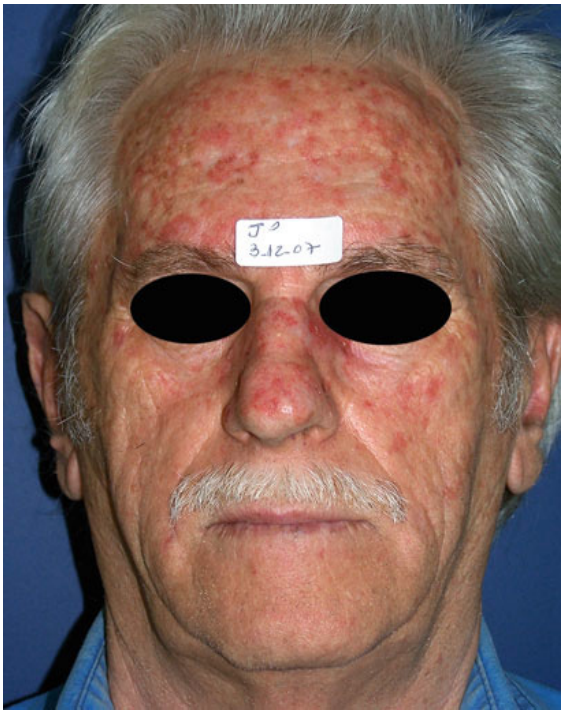
5-Fluorouraccil là pyrimidine được flo hóa có tác dụng chống chuyển hóa và ổn định tế bào. Nó ức chế enzyme thymidylate-synthetase, đây là enzyme cần cho quá trình tổng hợp DNA và tăng sinh tế bào (Lawrence 1995). Sử dụng kem bôi 5-FU 5% 2 lần mỗi ngày trong 7 ngày trước khi peel trung bình toàn bộ mặt với TCA 35%-45% có thể là liệu pháp thay thế ở những bệnh nhân này, vì 5-FU có thể làm những tổn thương có thể thấy được có ranh giới trở nên rõ hơn.

Đến ngày thứ 8, cạo dày sừng ánh sáng bằng curette được thực hiện, sau đó bôi lượng nhỏ phenol 88% ở vùng được cạo. Tiêm tê có thể được áp dụng nếu cần thiết. Phenol có tác dụng ăn mòn đồng nhất và ngay lập tức. TCA 35% hoặc 45% sau đó được bôi toàn bộ mặt (hình 1,2,3 và 4).

Phương pháp điều trị này cũng có thể được thực hiện trên da đầu bệnh nhân bị đa dày sừng ánh sáng (xem chương "Liệu pháp quang động", vol 1; chương "liệu pháp quang động đối với da tổn thương ánh sáng" trong vol.3)

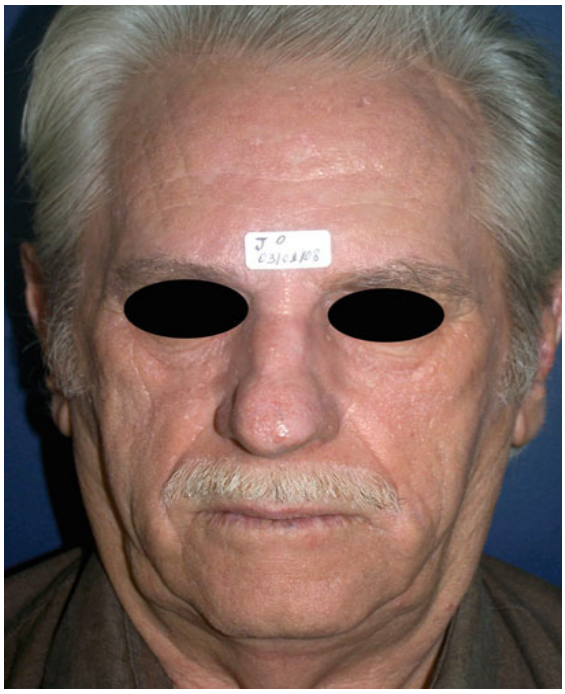


Hình 1: ảnh bệnh nhân ban đầu

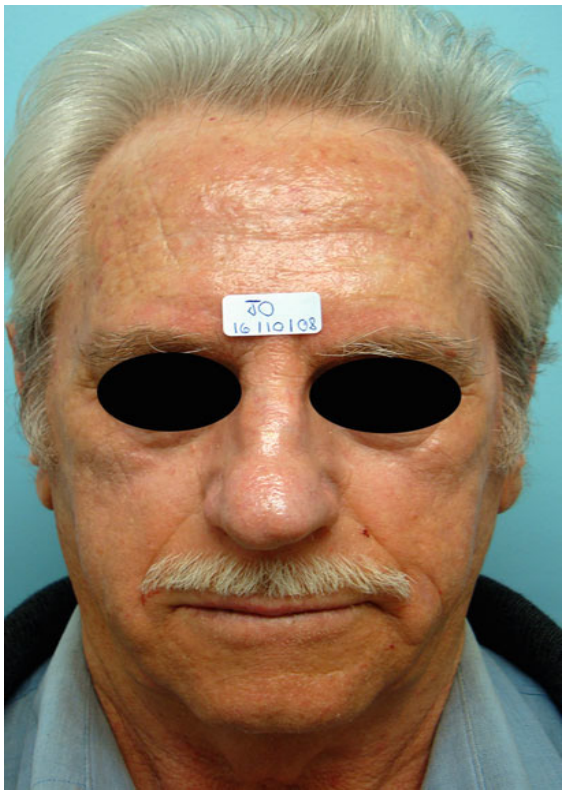


Hình 2: Đa dày sừng ánh sáng xuất hiện rõ sau 7 ngày bôi kem 5-FU 5%.

https://nhathuocngocanh.com/



Hình 3: Hình ảnh bệnh nhân 30 ngày sau khi cạo bỏ dày sừng ánh sáng và kết hợp bôi phenol 88% tại chỗ và bôi TCA 35% toàn bộ mặt sau đó.



Hình 4: 10 tháng sau

Kết luận

Mặc dù những tiến bộ gần đây trong laser và các công nghệ được sử dụng trong các thủ thuật da liễu, thì peel hóa chất vẫn được các bác sĩ da liễu sử dụng rộng rãi với chi phí thấp và kết quả tốt (Fischer 2010; Jacson 2014). Peel hóa chất có thể phối hợp với các thủ thuật khác để đạt kết quả cao hơn và giảm thiểu nguy cơ biến chứng.

Ghi nhớ

1. Chỉ định của peel hóa chất phải luôn dựa vào tiêu chuẩn sinh bệnh học và liên quan giải phẫu bệnh học.

2. Khả năng xâm nhập của các hóa chất peel là kết quả của sự phối hợp nhiều yếu tố khác nhau như độ dày của da, mật độ những thành phần phụ của da, và mức độ dầu của da, tính toàn vẹn của hàng rào bảo vệ da, nồng độ, thể tích thuốc, chà sát và gây bít tắt. Tất cả những yếu tố trên phải được cân nhắc đồng thời khi tiến hành peel da.

3. TCA rất nổi trội nhờ tính an toàn và linh hoạt của nó. TCA có thể được sử dụng đơn lẻ để peel nông và rất nông, hoặc sử dụng phối hợp với các hóa chất khác để peel trung bình, và phối hợp đồng thời với các thủ thuật khác mà không gây ngộ độc hệ thống dù được bôi trên một diện tích rộng.

4. TCA chỉ được sử dụng trên da mặt ở nồng độ dưới 45%. Nó là một chất ăn mòn mạnh và mạnh hơn so với phenol ở nồng độ tối đa. Hoạt tính của nó chậm do đó nên chờ vài phút để xuất hiện đỏ da và frost trước khi bôi

https://nhathuocngocanh.com/

lớp mới.

5. Sử dụng 5-FU 5% 2 lần mỗi ngày trong 7 ngày trước khi peel trung bình bằng TCA 35%-45% có thể là liệu pháp thay thế trong điều trị đa dày sừng ánh sáng, kể cả những vùng ung thư hóa.

Tài liệu tham khảo

• Ayres S. Dermal changes following application of chem- ical cauterants to aging skin. Arch Dermatol. 1960; 82:146.

• Ayres S. Superficial chemosurgery in treating aging skin.

• Arch Dermatol. 1962;85:125–33.

• Brindestine JB, Dolezal JF. Standardizing chemical peel solution formulations to avoid mishaps. Great flutu- ations in actual concentrations of trichloroacetic acid. J Dermatol Surg Oncol. 1994;20:813–6.

• Brody HJ, Hailey CW. Medium-depth chemical peeling of the skin: a variation of superficial chemosurgery. J Dermatol Surg Oncol. 1986;12:268–75.

• Coleman WP, Futrell J. The glycolic acid trichloroacetic acid peel. J Dermatol Surg Oncol. 1994;20:76–80.

• Collins PS. The chemical peel. Clin Dermatol. 1987;5: 57–74.

• Collins PS. Trichloroacetic acid peels revisted. J Dermatol Surg Oncol. 1989;15:933–40.

• Duffy DM. Alpha-hydroxi acids/trichloroacetic acids – risk benefit strategies. Dermatol Surg. 1998;24:181–9.

• Fischer TC, Perosino E, Poli F, Viera MS, Dreno B. Chem- ical peels in aesthetic dermatology: na update 2009. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2010;24:281–92.

• Garrett SJ, Robinson JK, Roenigk HH Jr. Trichloroacetic acid peel of molluscum contagiosum in immunocom- promised patients. J Dermatol Surg Oncol. 1992; 18:855–8.

• Goldenberg G. Treatment considerations in actinic kerato- sis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017;31:2–16.

• Gonzalez-Ulhoa M, Castillo A, Stevens E, et al. Prelimi- nary study of the total restoration of the facial skin. Plast Reconstr Surg. 1954;13:151–61.

• Hevia O, Nemeth AJ, Taylor JR. Tretinoin accelerates healing after tricloroacetic peels. Arch Dermatol. 1991;127:40–8.

• Jackson A. Chemical peels. Facial Plast Surg. 2014; 30:26–34.

• Johnson JB, Ichinose H, Obagi ZE, Laub DR. Obagi's modified trichloroacetic acid (TCA) controlled- variable-depth peel: a study of clinical signs correlating with histological findings. Ann Plast Surg. 1996;36: 225–37.

• Lawrence N, Cox SE, Cockerell CJ, Freeman RG. A com- parison of the efficacy and safety of Jessner's solution and 35% trichloroacetic acid vs 5% fluorouracil in the treatment of widespread facial actinic keratoses. Arch Dermatol. 1995;131:176–81.

• Lober CW. Chemexfoliation – indications and cautions.
J Am Acad Dermatol. 1987;17:109–12.

https://nhathuocngocanh.com/

• Maldonado RR. Satured phenol as a local anesthetic for manual dermabrasion. Dermatol Surg. 1997;23: 187–90.

• Meski APG. Chemabrasion for the treatment of perioral wrinkles: clinical analysis and epidermal Langerhans cells qualifi cátion. Surg Cosmet Dermatol. 2009;1: 74–9.

• Monash S. The uses of dilluted trichloroacetic acid in dermatology. Urol Cutan Rev. 1945;49:934.

• Monheit GD. The Jessner's + TCA peel: a médium depth chemical peel. J Dermatol Surg Oncol. 1989;15: 953–63.

• Nelson BR, Fader DJ, Gillard M, Baker SR, Johnson TM. The role of dermabrasion and chemical peels in the treatment of patients with xeroderma pigmentosum. J Am Acad Dermatol. 1995;32:472–8.

• Perkins SW, Sklarew EC. Prevention of facial herpetic infections after chemical peel and dermabrasion: new treatment strategies in the prophylaxis of patients undergoing procedures in the perioral área. Plast Reconstr Surg. 1996;98:427–33.

• Resnik SS. Chemical peeling with trichloroacetic acid. J Dermatol Surg Oncol. 1984;10:549–50.

• Resnik SS, Lewis LA, Cohen B. Trichloroacetic acid peel- ing. Cutis. 1976;17:127–9.

• Rivas S, Pandya AG. Treatment of melasma with topical agents, peels and lasers: na evidence-based review. Am J Clin Dermatol. 2013;14:359–76.

• Roenigk RK, Broadland DG. Facial chemical peel with trichloroacetic acid, Chapter 47. In: Roenigk RK, Roenigk HHJ, editors. Surgical dermatology. Philadel- phia: Mosby; 1993.

• Rubin MG. Manual of chemical peels – superficial and médium-depth. Philadelphia: Lippincot; 1995.

• Sacchidanand S, Shetty AB, Leelavathy B. Efficacy of 15% trichloroacetic acid and 50% glycolic acid peel in the treatment of frictional melanosis: a comparative study. J Cutan Aesthet Surg. 2015;8:37–41.

• Stagnone GJ, Orgel MG, Stagnone JJ. Cardiovascular effects of topical 50% trichloroacetic acid and Baker's phenol solution. J Dermatol Surg Oncol. 1987;13: 999–1002.

• Ultrich M. Actinic Keratoses: non-invasive diagnosis for field cancerisation. Br J Dermatol. 2007;156:13–7.

• Vasconcelos BN, Figueira GM, Fonseca JCM, Mendonça LM, Fonseca CR. A splitface comparative study between two phenolbased peelings (BakerGordon and Hetter formulas) in the treatment of facial rhytids. Surg Cosmet Dermatol. 2013;5:40–4.

https://nhathuocngocanh.com/

Chương 9

Peel sâu bằng dung dịch Phenol

Chinobu Chisaki, Gabriela Horn, và Leandro Fonseca Noriega

Tóm tắt

Lão hóa da là một quá trình khiến nhiều người phải lo lắng và tìm kiếm sự giúp đỡ từ y tế để làm giảm các dấu hiệu lão hóa. Có rất nhiều kĩ thuật chống lão hóa hiện nay và đang ngày càng phát triển nhanh, tuy nhiên không có nhiều phương pháp có thể tạo ra được sự khác biệt đáng kể như peel phenol. Chỉ định của peel phenol là lão hóa da ánh sáng nặng, tuy nhiên bất lợi của phương pháp này là đau trong và sau thủ thuật, thời gian phục hồi dài và nguy cơ ngộ độc tim. Do đó, lựa chọn bệnh nhân là rất quan trọng và khi thực hiện peel nên có sự hỗ trợ của dụng cụ trợ giúp và nhân viên, máy theo dõi tim, và gây tê.

Nội dung

- **Giới thiệu**
- **Lịch sử**
- **Peel phenol-dầu Croton: độc tính**
  - Phenol
  - Dầu Croton
- **Phương pháp peel sâu**
  - Phương pháp gây bít tắt
  - Peel theo công thức Baker
- **Chất trung hòa phenol**
- **Chỉ định**
- **Chống chỉ định**
- **Chuẩn bị trước peel**
- **Kĩ thuật (peel phenol toàn bộ mặt)**
  - Chăm sóc và an toàn chung
  - Chăm sóc tại chỗ và và xác định ranh giới peel
  - An thần và giảm đau
  - Bôi hóa chất
- **Tiến triển**
- **Phối hợp peel sâu và phẫu thuật thẩm mỹ**
- **Biến chứng**
  - Rối loạn sắc tố
  - Đỏ da kéo dài và đỏ bừng mặt
  - Sẹo
  - Nhiễm trùng
  - Biến chứng hệ thống
  - Những biến chứng khác
- **Mô học**
- **Ghi nhớ**
- **Tham khảo**

Giới thiệu

Peel hóa chất là dùng hóa chất peel để bôi lên da nhằm gây tổn thương các lớp của da một cách có kiểm soát nhằm điều trị bệnh hoặc vì mục đích thẩm mỹ. Đầu tiên, lớp da mới được hình thành có nguồn gốc từ phần sâu hơn của phần phụ da. Phải hết sức lưu

https://nhathuocngocanh.com/

ý không được gây tổn thương những phần phụ này trong quá trình peel; do đó, giới hạn an toàn tối đa của hóa chất peel là đến lớp bì lưới giữa. Cuối cùng, trong quá trình lành vết thương, quá trình sản xuất và tái tạo xảy ra.

Công thức dựa vào phenol đã được sử dụng phổ biến để peel sâu, có thể peel đến lớp bì lưới giữa. Trong y văn những năm gần đây, peel sâu bằng phenol thường được gọi là peel "phenol-dầu croton" hoặc "peel dầu croton", bởi vì dầu croton có vai trò làm tăng độ sâu peel.

Peel phenol vẫn được xem là tiêu chuẩn vàng trong peel hóa học, vì không có chất nào có thể trẻ hóa da tốt như phenol. Nó còn được xem là tiêu chuẩn để so sánh cho các phương pháp trẻ hóa da khác như laser và dermabrasion.

Ngoài khả năng điều trị nếp nhăn, nó còn có thể tạo ra "hiệu ứng kéo căng" nhờ khả năng làm co rút mạnh da, từ đó có thể tạo ra làn da tự nhiên hơn. Tuy nhiên, cần phải lưu ý rằng, không thể so sánh được tác dụng và chỉ định của nó so với phẫu thuật kéo căng da.

Peel phenol có thể giúp giải quyết rối loạn sắc tố và những thay đổi da do ánh sáng kèm với lợi ích thêm vào là giảm sự xuất hiện của các tổn thương tiền ung thư và ung thư do ánh sáng (hình 1 và 2).

Phenol cần phải được bôi một cách cẩn thận, tuân thủ kỉ thuật bôi và chống chỉ định vì độc tính của phenol. Bệnh nhân nên được theo dõi để phòng trường hợp cần hỗ trợ khẩn cấp khi có độc tính hệ thống.

Vì khả năng trẻ hóa da nổi bật của phương pháp này, hiện có rất nhiều công thức; trong chương này, chúng tôi tập trung chủ yếu vào peel sâu bằng công thức Baker (bảng 1).

Lịch sử

Peel phenol và công thức bí mật của nó được nắm giữ bởi các bác sĩ thẩm mỹ cho đến đầu thập niên 1960. Việc sử dụng công thức peel với phenol và dầu croton ở Hollywood kể từ đầu thập niên 1920 đã được những chuyên da về peel báo cáo. Họ đã trở nên nổi tiếng vì đã giúp những người nổi tiếng giữ được sự nghiệp của họ, và họ cho rằng kĩ thuật này là "suối nguồn của sự trẻ trung" (Hetter 2000a). Một bài báo y học được công bố năm 1917 bởi Montgomery, đã mô tả cách mà một bác sĩ thẩm mỹ đã sử dụng phương pháp peel bằng cách gây bít tắc phenol ở New York (Hetter 2000a).

Trải qua thời gian, các bác sĩ muốn thay đổi trật tự thông tin trong những công thức này, và năm 1927, một bác sĩ từ Los Angeles- H. O. Bames- đã mô tả chi tiết kĩ thuật peel phenol bít tắt. Ông đã nhấn mạnh tầm quan trọng của việc bôi phenol theo vùng da và khoảng cách thời gian giữa các vùng trong quá trình làm thủ thuật, đây là những vấn đề vốn không được thực hiện bởi hầu hết các bác sĩ thẩm mỹ. Ông còn báo cáo rằng họ đã không làm điều đó trên vùng cổ (Bames 1927). Năm 1959, Adolph Brown, từ Los Angeles, đã phát minh ra công thức mới gồm phenol và croton oil (Hetter 2000b). Năm 1960, ông đã công bố trên tờ *British Journal of*

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 1: bệnh nhân 51 tuổi có thay đổi sắc tố và lão hóa da ánh sáng nặng. (a, b) trước khi peel với dung dịch Baker theo phương pháp gây bít tắc (c, d) tám tháng sau khi peel. Căng da mặt, cải thiện các đốm nâu và nếp nhăn rất rõ.

Hình 2: bệnh nhân 61 tuổi (a) trước peel (b) sau peel Baker, vùng quanh mắt sử dụng phương pháp gây bít tắc.

https://nhathuocngocanh.com/

Plastic Surgery một nghiên cứu chi tiết đầu tiên về công thức phenol, mô học, và độc tính sau nghiên cứu của Bames (Brown 1960). Trong bài báo đó, ông đã phác thảo một vài niềm tin sai lầm đã tồn tại trong rất nhiều năm như (1) phenol là một thành phần có hoạt tính, (2) phenol xâm nhập tốt hơn ở nồng độ thấp hơn, và (3) việc thêm vào một chất có tác dụng làm giảm căng bề mặt sẽ làm tăng khả năng thấm của phenol (Hetter 2000b, c). Một chất ví dụ làm giảm căng bề mặt là Septisol (liquid soap). Mãi đến năm 1959, bác sĩ phẫu thuật thẩm mỹ Clyde Litton đã có được công thức từ một bác sĩ thẩm mỹ và báo cáo trong hội nghị phẫu thuật thẩm mỹ thường niên tại New Orleans vào năm 1961, 2 năm sau khi theo dõi 50 bệnh nhân điều trị (Hetter 2000a, b). Nhưng tân kỉ nguyên của peel phenol bắt đầu khi Thomas Baker thu được dữ liệu từ các công thức được nắm giữ bởi 3 bác sĩ thẩm mỹ và phát triển một dung dịch điều chỉnh của phenol với dầu coton, Septisol, và nước (bảng 1) và công bố nó vào năm 1962 tại tờ Plastic and Reconstructiv Surgery (Baker 1962).

Mặc dù công thức này rất là mạnh, nó đã được sử dụng và nghiên cứu rộng rãi nhất trong những năm này, có thể bởi vì nó đơn giản và là công thức đầu tiên được công bố đầy đủ trên tờ tạp chí được sử dụng rộng rãi bởi các bác sĩ phẫu thuật thẩm mỹ.

Sau đó, trong số rất nhiều bài báo đó, những bài báo của Stegman năm 1980 và 1982 (Stegman 1980, 1982) đã mang lại những hiểu biết khoa học về peel. Ông đã kết luận rằng một vài yếu tố có thể làm tăng khả năng tổn thương da của dung dịch Baker: 1) tăng nồng độ phenol; 2) tăng nhiều lớp nhủ tương của Baker; 3) sự gây bít tắc sẽ làm tăng khả năng thấm của phenol. Ngoài ra, khi loại bỏ dầu croton, thì công thức Baker gây ít tổn thương hơn. Vào năm 1996, những nghiên cứu mô học được tiến hành bởi Moy và cộng sự (1996) đã cũng cố những kết luận của Stegman, rằng phản ứng của peel dung dịch Baker sâu hơn do sự phối hợp của nhiều thành phần.

Một loạt các bải báo của Hetter năm 2000 (2000 a, b, c, d) đã báo cáo vai trò liên quan của dầu croton trong peel phenol. Thay đổi nồng độ của các thành phần sẽ làm thay đổi độ sâu của peel. Nồng độ phenol cũng đã được nghiên cứu. Nồng độ phenol càng cao thì phản ứng của mô càng mạnh, điều này đã làm lung lay niềm tin của Brown. Vai trò của chất surfactant (xà phòng hoặc chất tẩy) là làm giảm độ căng bề mặt, nhủ tương hóa dễ dàng dầu và hỗn hợp phenol/nước hơn, cho phép bôi nhiều lớp hơn.

Thành Phần	Thể tích
Phenol USP 88%	3 ml
Nước cất	2 ml
Xà phòng loãng	8 giọt
Dầu Croton	3 giọt

Bảng 1: công thức Baker-Gordon

https://nhathuocngocanh.com/

Peel Phenol-dầu Croton: Độc tính Phenol

Phenol – hoặc carbolic acid- gồm có một vòng benzene và một nhóm hydroxyl, có nguồn gốc từ dầu hắc hoặc được tổng hợp từ monochlorobenzene. Phenol là một chất kiềm khuẩn nếu ở nồng độ 0.2%, là chất diệt khuẩn nếu ở nồng độ trên 1%, và có hiệu quả gây tê nếu ở nồng độ 5%.

Phenol được hấp thu nhanh qua da; phenol 70% nếu được bôi lên da sẽ được hấp thu trong 30 phút (Wexler 1984). Phenol sau khi được hấp thụ sẽ được đào thải qua 3 quá trình: bài tiết, oxy hóa, và kết hợp. Sau khi hấp thụ, 25% sẽ được chuyển hóa thành carbon dioxide và nước. 70 % còn lại có thể được bài tiết nguyên vẹn qua thận hoặc kết hợp với glycuronic hoặc sulfuric acid. Một lượng nhỏ phenol cũng có thể được oxy hóa thành hydroquinone và pyrocatechin. Quá trình oxy hóa và kết hợp đều xảy ra tại gan (Litton 1962).

Những dấu hiệu ngộ độc hệ thống bao gồm buồn nôn, nôn, mất cảm giác, đau đầu và bị ám ảnh. Dấu hiệu kích thích thần kinh trung ương có thể bắt đầu với rung, tăng phản xạ, và tăng huyết áp sau đó sẽ xảy ra hiện tượng ức chế thần kinh trung ương. Khi ngộ độc phenol qua đường tiêu hóa sẽ gây ức chế đột ngột thần kinh trung ương, ngừng hô hấp tuần hoàn, và suy gan thận.

Nồng độ phenol trong máu thu được 1h sau khi bôi 3ml phenol 5% lên toàn bộ da mặt là 0.68 mg/dl. Việc bôi qua da an toàn hơn so với uống phenol, vì với lượng phenol trên nồng độ trong máu sẽ đạt 23mg/dl sau 15 phút (Litton 1962). Thật không may mắn vì không ước tính được liều gây chết vì nồng độ phenol rất khác nhau trong máu sau khi hấp thụ.

Trong peel da, khả năng hấp thụ phenol và độc tính phụ thuộc vào tổng diện tích da được bôi trong một lần nhiều hơn so với nồng độ của phenol. Ngộ độc hệ thống nếu xảy ra sẽ bắt đầu trong một vài phút sau khi bôi, tuy nhiên không có những vấn đề về gan thận và hệ thần kinh trung ương được báo cáo khi peel phenol được làm đúng cách.

Tuy nhiên, rối loạn nhịp tim lại có liên quan với việc bôi phenol nhanh trên toàn bộ bề mặt da mặt (Truppman 1979) vì phenol gây độc tính trực tiếp lên cơ tim (Stagnone 1987). Một lí do khác giải thích cho độc tính lên tim là việc tiết ra adrenalin do đau trong quá trình peel, adrenalin sẽ truyền từ dây thần kinh sọ số V xuống dây thần kinh phế vị hoặc từ võ não trực tiếp xuống nút xoang (Stagnone và Stagnone 1982). Khi bôi phenol theo từng đơn vị thẩm mỹ kèm một khoảng nghỉ sau đó có thể giúp giảm nguy cơ độc tính lên tim.

Lợi tiểu giúp tăng đào thải phenol qua nước tiểu và giảm rối loạn nhịp. Kiềm hóa nước tiểu cũng có thể có ích vì làm tăng bài tiết qua ống thận (Matarasso 1994).

Nếu rối loạn nhịp trên thất nhẹ xảy ra, nên ngừng bôi cho đến khi nhịp xoang trở về bình thường. Khuyến cáo nên đợi 15 phút sau khi nhịp tim trở về bình thường rồi mới bôi tiếp. Nếu rối loạn nhịp trên thất nặng hoặc rối loạn nhịp thất xảy ra, nên thay thế phenol bằng một hóa chất peel khác

https://nhathuocngocanh.com/

(Brody 1997a).

Một thông tin hữu ích là hiệu quả của một hóa chất peel có thể được điều chỉnh khi phối hợp với một chất peel khác mà chất này có thể điều chỉnh được độ mạnh và độc tính của nó.

Có thể chế ngự phenol, hoặc trichloroacetic acid bằng cách phối hợp chúng với chất phụ gia, chất nhủ tương, saponin hoặc surfactant. Những chất này sẽ làm tăng hiệu quả và độ an toàn của các hóa chất peel. Ví dụ, chúng ta biết rằng phenol trọng lượng phân tử thấp (94,11) và tính phân cực của nó cho phép chất này đi qua tế bào và màng nội mạch nhanh chóng và nó được hấp thu nhiều hơn trong dung môi nước hơn là trong dung môi dầu; trong các công thức điều chỉnh người ta thấy các chất như glycerin, sesame, và/hoặc dầu olive khi hòa tan phenol vào sẽ giảm sự hấp thu hệ thống của phenol (Deprez 1998).

Dầu Croton

Dầu croton được chiết xuất từ hạt của cây Croton tiglium, một loài cây bụi bản địa sống ở Ấn độ và đảo Tích Lan. Chất này gồm 7% glycerin, 37% oleic acid, 19% linoleic acid, 7.5% myristic acid, 1.5% arachidic acid, và ít hơn 1% stearic, palmitic, lauric, valeric, tiglic, butyric, acetic, và formic acid. Dầu croton đã được sử dụng như là thuốc xổ ở Ấn Độ và được sử dụng ở Châu Âu năm 1630 cũng với mục đích đó, và nó thậm chí có thể gây chết người. Trên da, loại dầu này có thể gây rộp mụn nước, hoại tử và bỏng nặng.

PHƯƠNG PHÁP PEEL SÂU

Phương pháp gây bít tắc

Peel sâu có thể dùng phương pháp gây bít tắc hoặc không (hình 3,4 và 5). Việc gây bít tắc có cơ chế như hàng rào ngăn phenol bay hơi và làm mềm da, nhờ vậy giúp hấp thụ nhiều hơn và phenol thấm được sâu hơn. Gây bít tắt có thể được thực hiện bằng cách dùng một cuộn băng dán không thấm nước, rộng 1-1.5cm, băng chồng lên nhau 2 đến 3 lớp, và băng trực tiếp lên da trong 48h (hình 6 và 7). Tuy nhiên bệnh nhân sẽ cảm thấy hơi khó chịu, và nhiều người thích gây bít tắt bằng petrolatum (Stuzin 1989) hoặc silicone gel (bôi ngay lên vùng vừa được điều trị bằng phenol) hơn. Nhưng cần phải hết sức lưu ý là phenol có thể bị petrolatum hoặc silicone gel đưa vào mắt thông qua quá trình mao dẫn ở các nếp nhăn. Do đó trong thực hành lâm sàng, chúng tôi không khuyến cáo dùng petrolatum hoặc silicone gần mí mắt trong hoặc sau thủ thuật.

Trong rất nhiều kĩ thuật gây bít tắt sau peel, bột thymol iodide hoặc bột subgallate có thể được sử dụng sau khi lột lớp băng dính. Những chất này sẽ hình thành một lớp mặt nạ và giữ trong 6-9 ngày (hình 8,9 và 10). Lớp mặt nạ mới này sẽ giúp da ít di động hơn, làm nhanh lành vết thương và giúp đạt kết quả tốt hơn. Với lớp mặt nạ thứ 2 này, chăm sóc vết thương trở nên không cần thiết, và da sẽ tái tạo thượng bì hoàn toàn sau khi loại bỏ lớp mặt nạ này. Nên hỗ trợ bệnh nhân, vì họ có thể cảm thấy bị căng thẳng khi dùng mặt nạ này trong vài ngày.

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 3: (a) bệnh nhân 56 tuổi, trước khi điều trị peel phenol với công thức Baker và không dùng phương pháp gây bít tắt. (b) phù và đỏ da ngay sau khi peel

Hình 4: cùng một bệnh nhân ở hình 3. (a) 24h sau peel. Da mặt bì phù nặng và tối sạm lại. (b) 48h sau khi peel, trước khi rửa mặt. mặt phù, đóng fibrin và vảy đang bong ra. (c) 48h sau peel, sau khi đã rửa mặt và loại bỏ chất tiết, fibrin và da bong.

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 5: cùng một bệnh nhân với hình 3 và 4. (a) 4 ngày sau peel, bệnh nhân dang dùng petrolatum, da mặt không còn lớp thượng bì hoại tử, da đỏ lan rộng và một vài vùng còn fibrin. (b) 12 ngày sau peel, tái tạo thượng bì da, nhưng da vẫn còn đỏ. (c) 2 tháng sau peel, độ mềm mại của da và nếp nhăn được cải thiện đáng kể.

Hình 6: bệnh nhân 67 tuổi. (a) trước khi peel phenol với công thức Baker theo phương pháp gây bít tắt. (b) mặt nạ băng dính ngay sau khi bôi phenol. Trong hình ta thấy bệnh nhân phù 2 mí mắt và có sử dụng lưới ép (không thường được sử dụng). (c) 24h sau peel, vùng quanh mí mắt phù nhiều hơn.

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 7: cùng một bệnh nhân ở hình 6. (a) 48 h sau peel, trước khi lột băng dính. Vùng mí mắt giảm phù (b) 48h sau peel. Băng dính được lột bỏ. Có thể thấy một phần lớp thượng bì dính vào băng dán, da bị sạm, tiết dịnh, fibrin và hoại tử thượng bì (c) 3 ngày sau khi peel, mặt đỏ, phù đóng vảy và fibrin.

Hình 8: cùng một bệnh nhân với hình 6, 7. (a) 6 ngày sau peel, lớp thượng bì được tái tạo nhiều hơn, da đỏ, khô và có vảy. (b) 10 ngày sau peel, tái tạo thượng bì, da đỏ, phù và khô. (c) 15 ngày sau peel, có thể để ý thấy phenol không được bôi đồng điều ở mí mắt bên trái và bờ môi.

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 9: 4 ngày sau khi làm mặt nạ bột bismuth subgallate

Hình 10: 7 ngày sau khi bôi mặt nạ bột bismuth subgallate, loại bỏ lớp bột bằng một lượng nhỏ petrolatum

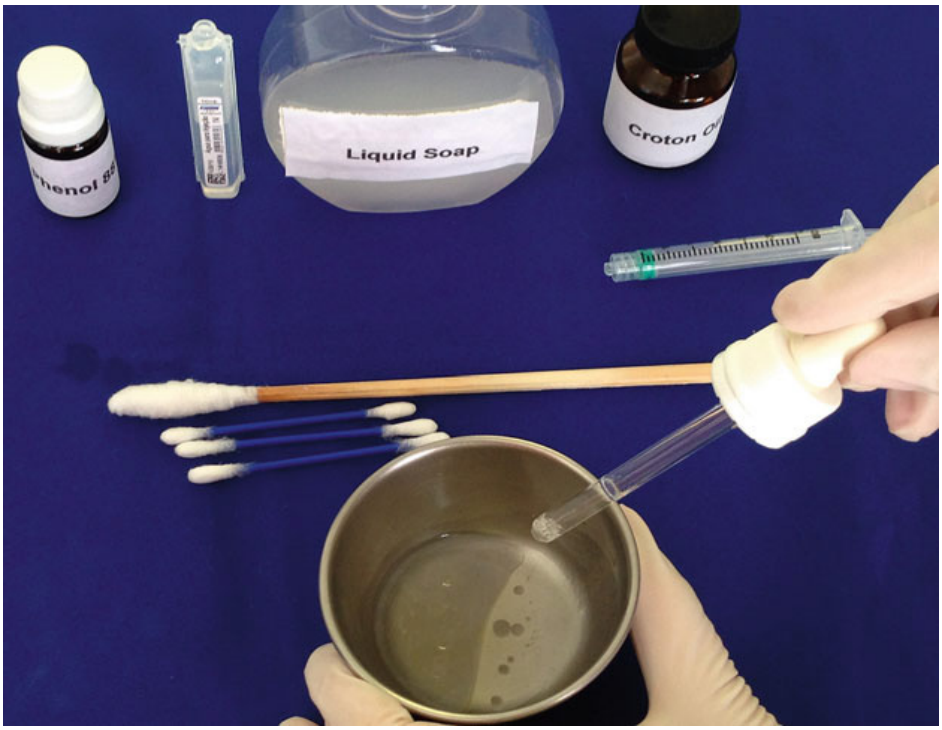
Peel theo công thức Baker

Công thức cũ của Baker được công bố năm 1962, vẫn đang được cập nhật và là công thức được sử dụng phổ biến nhất (bảng 1).

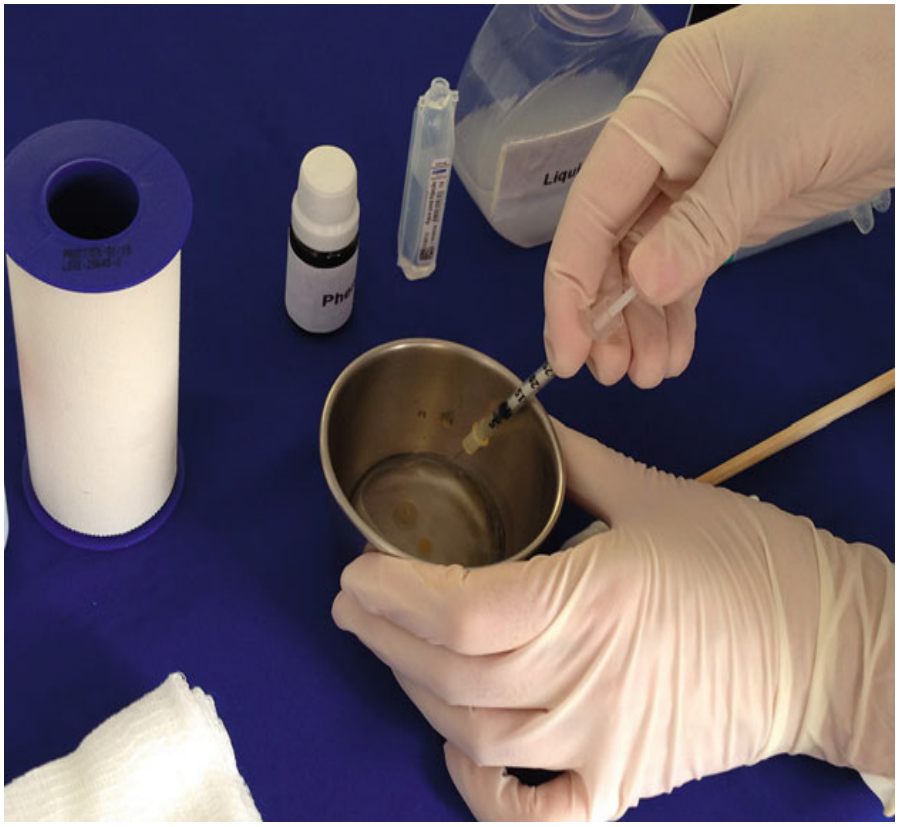
Công thức Baker- Gordon được tạo ra bằng cách hút 3 ml phenol vào ống tiêm, sau đó hút thêm 2 ml nước, 8 giọt xà phòng lỏng, và cuối cùng là thêm vào 3 giọt croton oil. Sau khi hoàn tất nồng độ của phenol là 50%. Hỗn hợp này ở thể nhũ tương không trộn lẫn nhau, và nên khuấy đều mỗi lần bôi (hình 11, 12, và 13). Hetter (2000c) đã chứng minh rằng peel phenol ở nồng độ tăng dần từ 18%, 35%, và 50% với xà phòng Setisol mà không có dầu croton sẽ làm tăng mức độ phù, đỏ da nhưng không gây tổn thương lớp bì nghiêm trọng, trong khi peel phenol 88% không kèm Septosol sẽ gây tổn thương lớp bì. Tuy nhiên, việc thêm dầu croton vào phenol 50% có thể làm tăng đáng kể độ sâu peel ở lớp bì.

Hetter cũng đã trình bày trong một cuộc nói chuyện cá nhân rằng phenol 33% có thể tạo ra được độ sâu trung bình- nông và độ sâu trung bình –sâu, hoặc sâu với nồng độ khác nhau của dầu croton lần lượt là 0.35%, 0.7% hoặc 1.1% (Stone 1998). Hetter đã phối hợp phenol ở nồng độ 16-50% với dầu croton ở khoảng nồng độ 0.25% đến 2.78% và sử dụng thời gian hồi phục để đánh giá độ sâu và đã đưa ra kết luận rằng độ sâu peel thu được tỉ lệ thuận với nồng độ của cả 2 chất (Hetter 2000d). Nồng độ của dầu croton trong công thức Baker là 2.08% và dường như đóng vài trò quan trọng trong hình thành độ sâu khi peel.

https://nhathuocngocanh.com/



Hình 11: tạo dung dịch peel theo công thức Baker. Dung dịch nhủ tương không hòa tan vào nhau được.



Hình 12: thêm dầu croton bằng ống tiêm, 1 giọt tương đương 0,04ml. Lưu ý là dầu croton được đo bằng ống nhỏ giọt có thể tích khác nhau tùy thuộc kích thước của ống nhỏ giọt.

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 13: Dung dịch nhủ tương đồng nhất sau khi khuấy điều.

Những nghiên cứu khác đã xác thực trên phương diện mô học những tuyên bố của Hetter trước đó về vai trò của nồng độ phenol và dầu croton (Moy 1996; Stone 1998). Tuy nhiên, Cũng có những yếu tố khác có thể ảnh hưởng đến độ sâu peel như phương pháp gây bít tắc, đè mạnh khi bôi, chà sát, số lần bôi trên một vùng diện tích, thời gian tiếp xúc với chất peel, thể tích bôi, dung môi và phân loại da của bệnh nhân. Khi sử dụng công thức Baker (công thức này có nồng độ tương đối nhẹ), tất cả những yếu tố trên cần phải được cân nhắc và không cần phải luôn gây bít tắc mới có thể đạt được kết quả như mong muốn.

Tồn tại rất nhiều công thức được tạo ra trước và sau công thức Baker; tuy nhiên một vài trong số đó vẫn được giữ bí mật về thành phần và hiện nay một vài sản phẩm sử dụng các công thức đó đã được bán trên thị trường.

CHẤT TRUNG HÒA PHENOL

Phenol tan trong dầu và có thể nhanh chóng bị tẩy khỏi da mặt với glycerin, propylene glycol, dầu thực vật hoặc alcohol 50%.

Tuy nhiên, khi bôi phenol nồng độ cao sẽ gây biến tính và đông vón keratin nhanh và mạnh (tạo thành frost), đây là quá trình không thuận nghịch.

CHỈ ĐỊNH

Peel phenol được chỉ định trong trẻ hóa da với da bị tổn thương nặng, mỏng và khảm nếp nhăn nhằm điều trị các rối loạn sắc tố, tổn thương do ánh sáng, và tổn thương da do bức xạ nếu vùng da đó có đủ phần phụ, những phần phụ này đóng vai trò rất quan trọng trong tái tạo thượng bì (hình 14, 15 và 16).

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 14: trước khi peel phenol, nếp nhăn thành dạng khảm. (a) chụp từ phía trước. (b) chụp từ phía bên phải.

Hình 15: cùng một bệnh nhân với hình 14, 4 tháng sau peel phenol. (a) ảnh chụp từ phía trước. (b) ảnh chụp từ phía bên phải.

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 16: (a) trước khi peel phenol, da bị lão hóa do ánh sáng, thay đổi sắc tố và sẹ. (b) 3 tháng sau peel phenol.

Thông thường, peel phenol được chỉ định cho những bệnh nhân có phân loại da típ I đến III theo phân loại của fitzpatrick vì peel phenol (cũng như các loại peel sâu khác) có thể gây mất sắc tố. Ngoài ra thì da sáng cũng sẽ ít nguy cơ thấy rõ sự khác biệt giữa vùng được điều trị và vùng không được điều trị. Tuy nhiên, khi peel từng vùng ở bệnh nhân có phân loại da típ I và II có thể tạo ra sự tương phản giữa vùng da dày tổn thương ánh sáng (vàng, dày, nhiều elastin) với vùng da mỏng hơn, được điều trị và không có các mảng tăng sắc tố. Khi xảy ra đều này, thì lựa chọn duy nhất là điều trị toàn bộ mặt (Stuzin 1998). Một vài tác giả cũng cho rằng, bệnh nhân có phân loại da típ I và II da thường ít melamin hơn, khi bị giảm sắc tố thì dù bệnh nhân được peel đồng bộ toàn mặt vẫn sẽ gây chú ý nhiều hơn so với típ III và IV. Đối với bệnh nhân thuộc típ III và IV thường sẽ bị tăng sắc tố hơn, tuy nhiên tình trạng tăng sắc tố có thể biến mất. Không khuyến cáo peel phenol ở bệnh nhân có phân loại da típ V và VI, do có nguy cơ cao bị tăng sắc tố sau viêm, mất sắc tố không đều giống bạch biến và sẹo phì đại.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định của peel phenol ở những bệnh nhân bị bệnh tim mạch, gan, thận và có phân loại da típ V và VI.

Chống chỉ định tương đối ở bệnh nhân nhiễm virus herpes, đang sử dụng liệu pháp hormone với estrogen và progesterone, phơi bày nhiều với tia UV làm tăng nguy cơ bị tăng sắc

https://nhathuocngocanh.com/

tố sau viêm, bệnh nhân có sử dụng isotretinoin gần đây (isotretinoin dẫn đến thay đổi quá trình làm lành da), bệnh nhân có những vấn đề về tâm lí hoặc có kỳ vọng không thực tế, những bệnh nhân trước đây đã điều trị phóng xạ ion hóa, bệnh nhân có phân loại da típ III và IV, bệnh nhân có sẹo phì đại, vùng da ít thành phần phụ và có phẫu thuật mặt gần đây.

CHUẨN BỊ TRƯỚC PEEL

Trước khi tiến hành thủ thuật, chúng ta nên:

- Lấy phiếu đồng thuận từ bệnh nhân, cung cấp sự lựa chọn và thông tin về kĩ thuật, về cảm giác khó chịu khi peel, việc dán băng keo khi peel, thời gian lành vết thương, biến chứng, và chăm sóc lâu dài (nhấn mạnh việc phải bảo vệ da).
- Lấy tiền sử bệnh tật của bệnh nhân, lưu ý những bệnh lí về tim mạch, thận và gan.
- Hỏi bệnh nhân về kết quả ECG, kết quả xét nghiệm công thức máu và sinh hóa (bao gồm xét nghiệm chức năng gan, thận) trước đây của họ.
- Chụp ảnh bệnh nhân trước khi peel.

Không giống với những loại peel khác, chuẩn bị da trước peel là một bước không bắt buộc. Nếu bệnh nhân trước khi peel có sử dụng các sản phẩm bôi như retinoid hoặc các loại acid khác, thì phải kiểm tra xem da bệnh nhân có bị kích ứng không, vì có thể dẫn đến peel sâu quá mức.

Dự phòng nhiễm herpes là bắt buộc, dù bệnh nhân có hay không có tiền sử mắc herpes trước đó. Nên cho bệnh nhân uống acyclovir 400mg 3 lần mỗi ngày valacyclovir 500 mg 2 lần mỗi ngày hoặc famciclovir 250 mg 2 lần mỗi ngày, bắt đầu từ 1-2 ngày trước khi làm thủ thuật và kéo dài liệu trình trong 10-14 ngày. Cần phải lưu ý rằng tái phát herpes có thể xảy ra thậm chí sau khi quá trình tái tạo thượng bì đã hoàn tất (Perkins và Sklarew 1996).

Nhiễm khuẩn và nhiễm nấm hiếm khi xảy ra, do đó nhìn chung không cần phải dự phòng những trường hợp này khi peel phenol.

KỸ THUẬT (PEEL PHENOL TOÀN BỘ MẶT)

Chăm sóc chung và sự an toàn

Peel phenol nên được thực hiện với các dụng cụ và nhân viên hỗ trợ, máy theo dõi tim, và gây tê mạnh, nên tiến hành ở bệnh viện để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế hơn. Sử dụng phòng có lưu thông khí (để thải hơi phenol) và luôn phải để sẵn ở các vị trí dễ tiếp cận dụng cụ cấp cứu ngừng hô hấp tuần hoàn (CPR) và thuốc cấp cứu. Bệnh nhân nên nhịn ăn, lưu ven tĩnh mạch, mắc máy theo dõi tim và máy đo độ bão hòa O2 trong máu (pulse oximeter) (hình 17).

Chăm sóc tại chỗ và xác định ranh giới peel

Hướng dẫn bệnh nhân vệ sinh da mặt vào buổi sáng trước khi làm thủ thuật, và tránh sữ dụng đồ trang điểm (Brody 1997a).

Vẽ đường ranh giới ngay bên dưới hàn (bờ peel) khi bệnh nhân ở tư thế đứng. Phenol không được phép bôi vào vùng da phía dưới đường này. Tuân thủ đều này là rất quan trọng

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 17: mắc monitor theo dõi bệnh nhân và thiết lập đường truyền tĩnh mạch.

để giảm thiểu tối đa nguy cơ bị thay đổi màu sắc da vĩnh viễn và hình thành sự tương phản màu da giữa vùng mặt và vùng cổ (Brody 1997a).

Hiểu biết về nguy cơ hấp thu hệ thống, chuyển hóa của phenol ở gan và thận, và mất nước ở bệnh nhân là rất quan trọng và giúp giảm nguy cơ bị ngộ độc (đặc biệt là rối loạn nhịp) (Brody 1997b).

Nhìn chung, chúng ta có thể truyền dung dịch lactated Ringer để giảm nguy cơ ngộ độc vì dung dịch này có thể kiềm hóa nước tiểu; tuy nhiên dung dịch NaCl 0.9% cũng có thể là một sự lựa chọn thay thế (bảng 2).

Có thể truyền thêm một lượng khoảng 250-500 ml dung dextrose 5% trong khi tiến hành thủ thuật để tránh hạ glucose máu và giảm nôn cho bệnh nhân.

An thần và giảm đau

Khi peel phenol bệnh nhân rất đau, do đó cần phối hợp thuốc để giảm đau mạnh giúp bệnh nhân cảm thấy thỏa mái hơn. Giảm đau đầy đủ cho phép thực hiện thủ thuật an toàn hơn, có thể lặp lại và tránh việc kéo dài quá trình peel do hạn chế được sự ngắt quãng lặp lại do bệnh nhân bị đau và rung lắc. Và cũng nhờ đó tạo được sự đảm bảo cho các nhân viên y tế (Otley và Nguyen 2000; Di Santis 2014).

Thuốc an thần không gây mất ý thức là một sự lựa chọn tuyệt vời, tuy nhiên đòi hỏi phải có tay nghề và thực hành vững trong việc sử dụng các loại

https://nhathuocngocanh.com/

Bảng 2: Thể tích truyền tĩnh mạch trong các bước peel phenol

	Thời điểm truyền	**Thể tích**
Lactated Ringer hoặc NaCl 0.9%	Trước khi peel	500 mL
	Trong khi peel	500–1,000 mL
	Ngay sau khi peel	500 mL

thuốc và thủ thuật liên quan. Cách này đã được sử dụng rộng rãi trong các thủ thuật da liễu, và ưu điểm của nó là an toàn và hiệu quả.

Sử dụng các loại thuốc an thần này sẽ giúp ức chế trạng thái tỉnh táo của bệnh nhân, nhưng vẫn giữ được phản xạ tự vệ, giữ được đường thở độc lập, và bệnh nhân vẫn đáp ứng được với các kích thích vật lí và lời nói (Otley và Nguyen 2000; Di Santis 2014). Ngoài ra, những loại thuốc này còn có tác dụng giảm đau, chống căng thẳng và gây quên. Cách phối hợp thuốc an thần phổ biến nhất hiện nay là phối hợp gentanyl với midazolam. Bảng 3 tóm tắt lại những đặc tính và liều lượng của 2 loại thuốc trên.

Lợi ích khác của 2 loại thuốc này là khả năng cắt đứt tác dụng bằng cách sử dụng các chất đối kháng. Do đó, naloxone (chất đối kháng) có thể được sử dụng trong trường hợp ức chế hô hấp do quá liều fentanyl, còn trong trường hợp quá liều midazolam, có thể sử dụng flumazenil (American Society of Anesthisioogists 2002).

Lựa chọn phối hợp khác có thể giữa thuốc giảm đau và an thần do bác sĩ có kinh nghiệm tiến hành, tốt nhất là một bác sĩ gây mê làm. Trong số thuốc đó, có thể kể đến propofol (tác dụng gây mê và giảm căng thẳng, mặc dù không giảm đau), ketamine (an thần và giảm đau), lorazepam (giảm căng thẳng và an thần), và meperidine (giảm đau và an thần) (Abeles 2000; Di Santis 2014; Otley và Nguyen 2000).

Khi kết thúc thủ thuật, chúng tôi thường tiêm bắp một liều corticosteroid (nếu không có chống chỉ định), ví dụ 1-2 ml betamethasone dipropionate 5% + 2 mg betamethasone disodium phosphate. Ngoài khả năng giảm đau, corticosteroid còn giúp giảm phù. Việc sử dụng corticosteroid sau peel sâu vẫn còn là vấn đề tranh cãi, một vài người cho rằng sử dụng corticosteroid sẽ làm chậm lành vết thương (Wicke 2000).

Trong trường hợp không có ê kíp gây mê, có thể sử dụng thuốc giảm đau, giảm viêm và chống căng thẳng với nguy cơ bị biến chứng thấp (đặc biệt là biến chứng ức chế hô hấp). Tuy nhiên, khả năng kiểm soát sự căng thẳng và khó chịu (đau) của bệnh nhân thấp. Diazepam (Dienpax) 5-10 mg hoặc bromazepam uống (Lexotan)

https://nhathuocngocanh.com/

Bảng 3: Tóm tắt những đặc điểm chính và liều lượng của fentanyl và midazolam (Abeles 2000; Otley và Nguyen 2000; American Society of Anesthesiologists 2002; Di Santis 2014)

Thuốc	**Chuẩn bị (ống thuốc tiêm)**	**Pha loãng/[nồng độ cuối]**	**Liều lượng**	**Tác dụng**	**Thời gian bắt đầu tác dụng**	**Khoảng thời gian tác dụng**
Fentanyl citrate	50 µg/mL	2 mL trong 8 mL nước cất hoặc NaCl 0.9% / [10 µg/mL]	1–2 µg/Kg[a] (trong trường hợp đau nặng, có thể đạt liều lượng lên đến 100 µg/Kg)	Giảm đau An thần	2–3 phút	30 phút to 6 h[c]
Midazol-am	5 mg/mL	3 mL trong 12 mL of nước cất hoặc 0.9% NaCl/ [15 mg/mL]	0.05–0.075 µg/Kg Tiêm tĩnh mạch[b]	An thần Gây quên Giảm căng thẳng	Dưới 2 phút	1–2 h

- [a] *Có thể bắt đầu bằng tiêm 2 ml dung dịch, trong quá trình thủ thuật đánh giá xem bệnh nhân có cần hoàn tất liều hay không rồi tiêm.*
- [b] *Nhìn chung, có thể bắt đầu với 2 ml dung dịch. Đợi 2 phút để đánh giá tác dụng của liều vừa tiêm. Trong quá trình làm thủ thuật, có thể tiêm thêm liều mới theo nhu cầu, luôn tránh gây an thần quá mức. Khi bệnh nhân có sử dụng những loại thuốc chống căng thẳng khác thì phải dùng ở liều thấp, còn ở bệnh nhân uống rượu mạn thì cần liều cao.*
- [c] *Khoảng thời gian tác dụng khác nhau tùy thuộc vào liều, với liều 100 µg thường kéo dài 30 phút.*

https://nhathuocngocanh.com/

3-6 mg có thể được sử dụng như thuốc giảm căng thẳng. Đầu tiên để giảm đau, có thể truyền 1 g acetaminophen pha loãng trong 50 ml dung dịch đẳng trương (liều này có thể được tiếp tục bổ xung cho đến khi đạt được 15 mg/kg) (Kocum 2013). Để kiểm soát đau tốt hơn, có thể phối hợp với thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs) (ví dụ: 100-300 mg ketoprofen pha trong 100ml dung dịch đẳng trương, truyền trong quá trình làm thủ thuật) (Basanezi và Oliveira 2006). Trong trường hợp bệnh nhân không dung nạp được thủ thuật với những loại giảm đau này, có thể phối hợp thêm tramadol 100 mg, tiêm tĩnh mạch. Và đều quan trọng là phải truyền một liều acetaminophen mới sau thủ thuật nhưng không vượt quá liều được khuyến cáo.

Lưu ý rằng việc phối hợp thuốc có thể làm dễ xuất hiện các biến chứng nặng như rối loạn nhịp, ức chế hô hấp tuần hoàn và thần kinh trung ương. Do đó, luôn đánh giá sự tương tác thuốc với những thuốc được sử dụng liên tục trong quá trình peel.

Bôi phenol

Nhũ tương phenol chỉ thực hiện một vài phút trước khi bôi (hình 18). Dung dịch nhũ tương nên được khấy kĩ trước mỗi lần bôi, và để tránh gây tai nạn, không khấy ở gần mắt của bệnh nhân.

Phân chia đơn vị thẩm mỹ trên mặt bệnh nhân, nếu muốn có thể chia tiếp vùng trán thành 2 vùng.

Nên dùng tăm bông để bôi phenol theo từng đơn vị thẩm mỹ. Đều hết sức quan trọng là đợi 15-20 phút giữa các đơn vị nhằm làm giảm ngộ độc phenol.

Nên bôi vào quá đường chân tóc, 1-2 mm vào phía trong viền đỏ của môi để điều trị nếp nhăn quanh miệng (bệnh nhân thường than son môi bị phai nhanh ở vùng này). Không quên bôi vùng trước và sau dái tai, khi da vùng này co rút sẽ giúp cải thiện tình trạng xệ da mặt (hình 19).

Ở mí mắt, chất nhũ trương nhiều trên dụng cụ bôi nên được lau sạch bằng gạc trước khi bôi. Và đều quan trọng là xác nhận xem bệnh nhân có tật lộn mí hoặc có tiền sử phẫu thuật thẩm mỹ mí mắt mà có thể gây ra lộn mí do mí mắt co lại hay không.

Bôi phenol ở mi trên nên được thực hiện ở bờ trên của sụn mi và cách xa bờ ngoại biên mống mắt; và đối với mí dưới, cách bờ ngoại biên mí mắt khoảng 4-5 mm. Da sau khi bôi sẽ nổi trắng (frosting) ngay và trong một vài phút sau sẽ đổi thành màu đỏ sậm.

Bước cuối cùng là dán băng dính trực tiếp lên da theo từng vùng từ 2 đến 3 lớp (gây bít tắt phenol) trong khi chờ đợi để bôi hóa chất lên đơn vị thẩm mỹ tiếp theo (hình 20, 21, và 22). Bệnh nhân nên được theo dõi cẩn thận ít nhất 1 tiếng sau khi tiến hành thủ thuật.

Peel phenol có thể chỉ được thực hiện ở một đơn vị thẩm mỹ và những phần còn lại của mặt có thể được peel bằng hóa chất khác như TCA chẳng hạn. Trong những trường hợp này, theo dõi tim và truyền dịch tĩnh mạch là không cần thiết (hình 23, 24, 25, và 26). Tuy nhiên, sự tương phản giữa càng vùng điều trị khác hóa chất có thể xảy ra như đã đề cập trong phần chỉ định.

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 18: bộ dụng cụ để peel phenol

Hình 19: frost (lớp màu trắng) ở dái tai khi bôi dung dịch theo công thức Baker để làm da co lại giúp cải thiện tình trạng xệ da.

Hình 20: Frost xuất hiện ngay sau khi bôi dung dịch Baker

Hình 21: xuất hiện màu đỏ sậm sau khi frost biến mất

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 22: khoảng thời gian chờ khi bôi giữa 2 đơn vị thẩm mỹ. Lưu ý là phenol được gây bít tắt ngay trên đơn vị thẩm mỹ vừa bôi xong.

TIẾN TRIỂN

Cảm giác đau rất sâu và có thể kéo dài từ 8-14h. Trong thời gian này, bệnh nhân phải sử dụng acetaminophen liều 500-1000mg (dùng mỗi 4-6 tiếng một lần), xen kẻ với ketoprofen 50mg mỗi 8h. Phối hợp thêm với tramadol liều 50 mg mỗi 4-6h (dùng trong khoảng thời gian giữa các liều, nhớ lại liều truyền trong thủ thuật). Khi tình trạng đau được cải thiện, cắt dần các thuốc này theo thứ tự sau: tramadol, ketoprofen và sau đó là acetaminophen.

Sau giai đoạn đầu tiên này, nếu đột ngột đau nặng lên thì phải tập trung chẩn đoán các biến chứng như tái phát herpes.

Bệnh nhân nên ăn lỏng và hạn chế nói trong thời gian gây bít tắc để tránh bong lớp mặt nạ làm từ băng keo dính và hạn chế chuyển động của mặt. Theo Baker và Gordon, những lưu ý này giúp bảo tồn sự toàn vẹn của quá trình phục hồi da và tránh để lại sẹo không mong muốn.

Hình 23: bệnh nhân 56 tuổi với nếp nhăn sâu ở quanh miệng và những đốm tăng sắc tố.

Hình 24: Hình ảnh ngay sau khi peel phenol theo phương pháp không gây bít tắt ở vùng quanh miệng trên.

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 25: 1 năm sau khi peel ở vùng quanh miệng trên với dung dịch Baker theo phương pháp không gây bít tắt và 10 ngày sau peel TCA theo công thức Jessner trên toàn bộ phần còn lại của khuôn mặt.

Hình 26: cùng một bệnh nhân với hình 23,24 và 25, 9 năm sau peel.

Có thể lột bỏ lớp mặt nạ băng dính hoặc vật gây bít tắt khác sau 48h. Sau 48 h dịch xuất tiết sẽ giúp việc lột bỏ lớp băng dính dễ dàng hơn. Các phần của thượng bì có thể bị dính vào băng dính và bị lột đi. Nói chung, quá trình này không cần phải gây tê, tuy nhiên có thể dùng giảm đau và giảm lo âu nếu thấy cần thiết.

Sau khi loại bỏ lớp mặt nạ gây bít tắt, bề mặt da trở nên phù và ẩm ướt, có thể xuất hiện các chấm xuất huyết (hình 27); ngoài ra bề mặt da còn được phủ bởi lớp thượng bì hoại tử, chất xuất tiết, và thỉnh thoảng là mài hình thành do chất xuất tiết khô lại (ở vùng không được bít tắt hoặc ở vùng lột bỏ lớp mặt nạ băng dính sớm). Ngoài ra cũng thường thấy phù xuất hiện ở cổ và ngực.

Nên rửa nhẹ vết thương để loại bỏ những sợi fibrin, mài và lớp thượng bì hoại tử, tránh lột bỏ những mảng thượng bì vẫn đang còn dính trên da mặt.

Khi mà hàng rào bì-thượng bì bị bẻ gãy, có thể hạn chế cảm giác khô và khó chịu do tiếp xúc trực tiếp với môi trường bằng cách bôi mỡ dưỡng ẩm như dimethicone 5-10% trong

https://nhathuocngocanh.com/

petrolatum (Odo và Chichierchio 1998) hoặc petrolatum đơn thuần.

Nhiễm trùng hiếm khi xảy ra trong peel phenol, nhưng cũng nên lau vết thương cẩn thận bằng nước muối hoặc nước vài lần mỗi ngày trước khi bôi mỡ. Việc làm sạch vết thương nên được tiếp tục cho đến khi hoàn tất quá trình tái tạo thượng bì, quá trình này khoảng 7-10 ngày.

Đỏ da sau peel xuất hiện trong khoảng 45-90 ngày, thường là 90 ngày khi dùng công thức Baker và ngoại lệ có thể kéo dài đến 6 tháng. Khuyến khích trang điểm để che khuất da đỏ.

Bảo vệ khỏi ánh nắng là bắt buộc, nên sử dụng chống nắng ngay khi thượng bì phục hồi. Nên bắt đầu bằng chống nắng vật lí vì nó ít gây kích ứng da.

Hình 27: lột bỏ lớp băng keo dính dùng để gây bít tắc, có thể thấy lớp thượng bì dính vào băng keo và các đốm xuất huyết ở vùng má.

Cảm giác ngứa và khô bắt đầu xuất hiện sau khi thượng bì phục hồi và có thể rất khó chịu. Trong những trường hợp này có thể dùng hydrocortisone bôi hoặc chất làm mềm.

Retinoid hoặc những loại acid để chống lão hóa thường có thể sử dụng lại trong khoảng 60 ngày hoặc hơn.

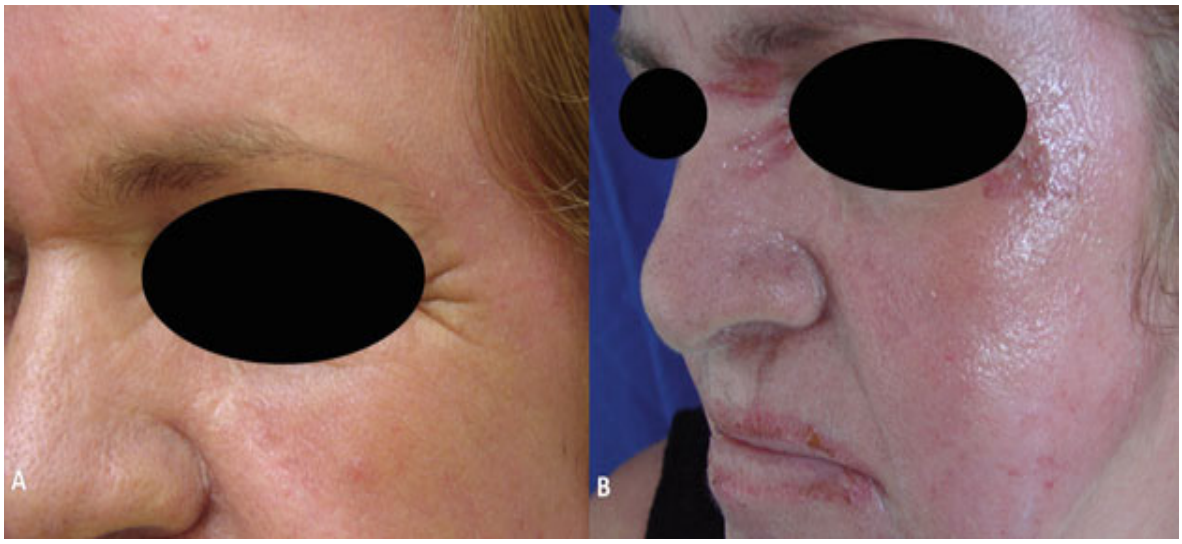
Có thể peel lại sau 12 tháng và thời gian hồi phục tại chỗ có thể hoàn toàn sau 6 tháng. Trong thực hành của chúng tôi, những khoảng thời gian này có thể ngắn hơn tùy trường hợp, ví dụ như ở vị trí mà chất peel không xâm nhập vào da được và để lại vùng da gồ gề không được peel (hình 28).

PHỐI HỢP GIỮA PEEL SÂU VÀ PHẪU THUẬT THẨM MỸ

Lên kế hoach trước khi phối hợp peel sâu và phẫu thuật thẩm mỹ là rất quan trọng. Nếu thủ thuật phẫu thuật liên quan đến vạc da cơ hoặc phẫu thuật sâu, thì nên hoãn peel phenol toàn bộ mặt lại sau 3 tháng, đối với phẫu thuật mí mắt thì thời gian trì hoãn là 6 tháng. Những khoảng thời gian trì hoãn này rất cần thiết bởi vì sự cấp máu cho vạc đã bị tổn thương và nếu có thêm tổn thương trên da có thể gây hoại tử toàn bộ da và bị lộn mi (Brody 1997b).

Cũng có sự xác nhận bởi nhiều nghiên cứu mô học rằng quá trình tái tạo collagen không hoàn tất trong khoảng thời gian 60-90 ngày sau peel trung bình hoặc sâu.

https://nhathuocngocanh.com/



Hình 28: (a) ảnh trước khi bôi lớp phenol mới ở những vùng da không đều, 3 tháng sau khi peel công thức Baker (bệnh nhân ở hình 6). (b) 3 ngày sau lượt peel mới.

BIẾN CHỨNG

Biến chứng liên quan đến peel phenol được tóm tắt trong bảng 4.

Rối loạn sắc tố

Biến chứng tại chỗ hay gặp nhất là thay đổi sắc tố da. Tăng sắc tố sau viêm có thể được điều trị một cách dễ dàng bằng cách dùng các chất ức chế hình thành sắc tố và bảo vệ da khỏi ánh sáng mặt trời. Trong khi peel, phenol có thể được bôi không đều và có thể phải bôi lại tại những vùng đó (Hình 29,30 và 31).

Peel phenol có thể dẫn đến mất sắt tố vĩnh viễn một khi phenol gây độc tố trực tiếp lên tế bào melanocyte (Fulton và Promb 2004). Măc dù melanocyte có sự phân bố tốt, chúng chứa những hạt melanin mỏng và giảm số lượng melanosome. Một khi xuất hiện mất sắc tố thì rất khó để giải quyết và biến chứng này thường xảy ra khi peel sâu.

Đường ranh giới giữa 2 vùng da khác màu không hẳn là một biến chứng của peel phenol; đường này đơn giản chỉ thể hiện sự khác nhau giữa vùng da được điều trị và vùng da không được điều trị, tuy nhiên đường này nhìn không được thẩm mỹ khi nó quá rõ (hình 32). Để hạn chế làm rõ đường này, nên chú ý bôi phenol phía dưới đường cằm một chút. Nếu đường ranh giới này xuất hiện trong khi peel ở một khu vực ở mặt thì toàn bộ vùng da mặt còn lại phải được peel trung bình hoặc peel sâu. Nếu xuất hiện đường này ở cổ thì không nên điều trị với công thức Baker bởi vì da cổ có ít phần phụ hơn da mặt để hỗ trợ cho quá trình tái tạo thượng bì và nguy cơ có sẹo và co kéo cao hơn. Tuy nhiên có thể sử dụng các phương pháp peel nông hơn như peel bằng trichloroacetic acid hoặc công thức phenol điều chỉnh.

https://nhathuocngocanh.com/

Bảng 4: biến chứng liên quan đến peel phenol

Hệ thống	Tim	
	Thận	
	Gan	
	Thần kinh	
Ở da	Liên quan đến sắc tố	Giảm sắc tố
		Tăng sắt tố
		Đường ranh giới giữa 2 vùng da khác màu
		Nevi: tăng đậm độ , nevus tái phát, hoặc tổn thương mới
		Đỏ da kéo dài
		Đỏ bừng mặt kéo dài
	Liên quan đến quá trình lành	Sẹo phì đại
		Sẹo lồi
		Sẹo teo
		Hoại tử
	Sẹo khuyết cấu trúc.	Lộn mi
		Lộn môi
Nhiễm trùng	Vi khuẩn	Staphylococcus
		Streptococcus
		Pseudomonas
		Hội chứng shock độc tố
	Virus	Herpes simplex
	Nấm	Candidiasis
Những biến chứng khác	Mụn thịt, ngứa	
	Thay đổi cấu trúc da, giãn lỗ chân lông	
	Giãn mạch, phù thanh quản	
	Nhạy cảm nhiệt độ	
	Rối loạn tâm thần kinh, trầm cảm.	

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 29: Tăng sắc tố sau viêm, thường bắt đầu 3-4 tuần sau peel.

Hình 31: một bệnh nhân được bôi phenol không đều.

Hình 30: Hình ảnh 4 năm sau peel phenol điều trị sẹo trứng cá ở bệnh nhân 50 tuổi. Vùng dưới mí mắt không được bôi đều.

Hình 32: đường ranh giới giữa da vùng cổ và vùng mặt; nốt nevi tăng đậm màu.

https://nhathuocngocanh.com/

Tăng đậm độ của nevi cũ và sự xuất hiện các nốt nevi mới thỉnh thoảng cũng xảy ra khi peel phenol. Có thể loại bỏ những nốt nevi lớn trước khi peel.

Đỏ da và đỏ bừng da kéo dài

Đỏ da kéo dài có thể là dấu hiệu ban đầu của sẹo hoặc viêm da tiếp xúc. Biến chứng này có thể là do sử dụng retinoid hệ thống hoặc retinoid bôi, mức độ cảm thụ của gen, hoặc do hiện đang bị nhiễm trùng (Brody 1989; Maloney 1998). Nếu vùng đỏ da trở nên cứng thì có thể chỉ định massage tại chỗ, bôi silicone, kem bôi corticoid mạnh, corticoid hệ thống hoặc tiêm trong tổn thương, và sử dụng laser pulse dye để ngăn hình thành sẹo.
Đỏ bừng da có thể kéo dài trong nhiều tháng, có báo cáo cho rằng biến chứng này có thể kéo dài từ 2 năm hoặc nhiều hơn. Nước nóng và xúc động có thể làm nặng thêm tình trạng này.

Sẹo

Sẹo là biến chứng xếp thứ 2 khi peel hóa chất. Sẹo là biến chứng tại chỗ đáng sợ vì làm mặt nhìn rất xấu. May mắn thay, chúng ta thường thấy xuất hiện sẹo phì đại sau đó xẹp dần thay vì sẹo lồi, co kéo, hoại tử và teo (hình 33 và 34). Những biến chứng này có thể xảy ra do nhiều nguyên nhân như dùng dung dịch mạnh phối hợp gây bít tắt, gây bít tắt quá chặt gây phù sau peel, nhiễm trùng hoặc tiến hành peel phenol và thủ thuật peel khác hoặc phẫu thuật cùng một thời điểm hoặc với khoảng cách ngắn.

Sẹo phì đại và sẹo co kéo có thể ảnh hưởng đến chức năng và chuyển khuôn mặt, và trong hầu hết các trường hợp phải đòi hỏi can thiệp phẫu thuật với nhiều phương pháp để giảm kích thước sẹo. Sẹo thường được hình thành trong 2-3 tháng sau peel (hình 35).

Hình 33: sẹo phì đại

Hình 34: sẹo lồi sau nhiễm herpes

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 35: bệnh nhân bị lộn mí tạm thời sau peel, bệnh nhân trước đó ở hình 3,4 và 5.

động. Sẹo thường xuất hiện ở vùng xương hàm, quanh miệng, và đường gò má, cằm, góc trong mí mắt, và những vùng chuyển động nhiều của khuôn mặt. Tỉ lệ sẹo xuất hiện nhiều hơn ở một phần ba dưới khuôn mặt được cho là có liên quan đến chuyển động khuôn mặt khi nói và ăn cũng như tần suất can thiệp nhiều hơn ở vùng này như phẫu thuật, mài da, và peel da hóa chất.

Chúng tôi phải nhấn mạnh rằng vùng da ở cổ, ở xương ức thường có xu hướng hình thành sẹo lồi. Sẹo phì đại thường ít thấy khi peel phenol.

Nhiễm trùng

Mặc dù hiếm gặp, nhưng nhiễm khuẩn có thể làm bệnh nhân sợ khi chăm sóc vết thương của họ do da mặt lúc này ứ đọng các mảnh hoại tử và chốc hóa thứ phát. Nhiễm vi khuẩn nên được điều trị với kháng sinh đường uống và chăm sóc tại chỗ. Tất cả các loại peel đều có nguy cơ làm tái hoạt virus herpes.

Perkins (Perkins và Sklarew 1996) báo cáo rằng 50% bệnh nhân có tiền sử nhiễm herpes bùng phát trở lại sau peel, trong khi 6,6 % bệnh nhân không có tiền sử bị mắc herpes sau peel trong trường hợp không được dự phòng bằng thuốc kháng virus. Thời điểm bùng phát herpes có thể từ 5-12 ngày hoặc nhiều hơn và sự bùng phát này dẫn đến làm chậm lành vết thương.

Đặc tính của tổn thương herpes là không ở dạng mụn nước mà biểu hiện bằng những ổ loét nông hoặc thậm chí loét 2-3 mm, nằm đơn lẻ hoặc hợp nhất lại với vùng đáy đỏ (hình 36).

Hình 36: Tái hoạt herpes 7 ngày sau peel. Không có biểu hiện bóng nước, chỉ có các ổ loét.

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 37: Nhiễm herpes. Bệnh nhân tiến triển tốt, bắt đầu có cảm giác đâu và đo da giảm dần.

Mặc dù nhiễm herpes thường có thể lành không để lại sẹo, đôi khi vẫn có thể hình thành sẹo rất mất thẩm mỹ. Do sự tái phát nhiều của herpes trong thời gian phục hồi, bệnh nhân nên được điều trị dự phòng tái phát dù có hay không có tiền sử nhiễm herpes trước đó.

Do đó, dự phòng bằng kháng virus đường uống là điều trị chuẩn trong peel sâu. Một vài tác giả khuyến cáo nên bắt đầu uống kháng virus 2 ngày trước khi làm thủ thuật và tiếp tục trong 14 ngày tiếp theo, vì virus tái bản chủ yếu khi da không còn nguyên vẹn và ít bị nhiễm virus hơn trong những ngày đầu (Monheit và Chastain 2008). Trong trường hợp tái hoạt virus herpes, thì đều quan trọng là phải chẩn đoán nhanh và điều trị thích hợp càng sớm càng tốt. Trong trường hợp này liều thuốc điều trị kháng virus phải là liều khuyến cáo cao nhất (hình 37).

Đối với nhiễm nấm thì thường ít gặp khi peel phenol. Nhiễm nấm candida hiếm khi xảy ra và nếu xảy ra đa phần liên quan đến việc uống kháng sinh dự phòng hoặc điều trị bít tắt tại chỗ (Monheit và Chastain 2008).

Biến chứng hệ thống

Trong tất cả các loại biến chứng thì rõ ràng biến chứng hệ thống là đáng sợ nhất. Đặc biệt là nên tránh rối loạn nhịp tim bằng cách tuân thủ theo quy trình chuẩn của thủ thuật. Phenol được biết là chất có độc tính trực tiếp lên cơ tim và các nghiên cứu trên động vật đã cho thấy có sự giảm sức co cơ tim và dòng điện hoạt động tim (Stagnone 1987). Ở người, đã có những báo cáo về rối loạn nhịp tim khi peel phenol như nhịp nhanh nút xoang, ngoại tâm thu lành tính, và nhanh thất (Truppman 1979). Khoảng 10 % các trường hợp rối loạn nhịp được báo cáo xảy ra trong khoảng thời gian 10-15 phút chờ đợi giữa các lần peel của các đơn vị thẩm mỹ trong khi tiến hành thủ thuật (Price 1990).

Để giảm thiểu nguy cơ rối loạn nhịp tim, nên dùng lượng phenol tối thiểu, bôi phenol theo từng đơn vị thẩm mỹ và tôn trọng khoảng thời gian tối thiểu khi bôi giữa các đơn vị, truyền dịch qua tĩnh mạch và tăng lợi tiểu cho bệnh nhân.

Những biến chứng khác

Mụn thịt do quá trình tái tạo lớp thượng bì có thể được hình thành trong 1-3 tháng sau khi peel. Những nang thượng bì nhỏ, nông thường tự giới hạn nhưng cũng có thể điều trị để loại bỏ chúng.

Ngứa thường xuất hiện sau khi tái tạo thượng bì và thường bắt đầu trong 2 tuần đầu sau điều trị và tiếp

https://nhathuocngocanh.com/

tục trong khoảng 1 tháng. Trong trường hợp này có thể dùng kháng histamine, aspirin, thuốc NSAIs và corticosteroids bôi để làm giảm triệu chứng.

Giãn mạch thường không trực tiếp gây ra do peel da, nhưng peel da làm cho giãn mạch trở nên rõ hơn do sau điều trị da mặt sẽ trắng sáng hơn. Có thể dự phòng xuất huyết bằng cách tránh tác động vật lí lên da mặt và tránh nắng.

Phù thanh quản có thể xuất hiện nhiều ở những người hút thuốc lá.

Những biến chứng sau peel khác là bất ổn về tâm lí và trầm cảm ở một vài bệnh nhân; do đó quy trình lựa chọn bệnh nhân là hết sức quan trọng.

MÔ HỌC

Dung dịch Baker phá hủy hoàn toàn lớp thượng bì bằng cách li sừng và tạo ra vùng gây viêm phá hủy tế bào kéo dài đến lớp bì lưới giữa. Phản ứng này đạt đỉnh trong vòng 48h, đây cũng là thời điểm quá trình tái tạo lại thượng bì bắt đầu và hoàn tất sau 7-14 ngày. Ở lớp thượng bì, có quá trình bình thường hóa cực tế bào và những bất đồng mô học, theo sau bởi sự giảm các hạt melanosome trong khi số lượng tế bào melanocytes vẫn phân bố đồng đều (không giảm).

Lớp bì bắt đầu dày lên sau 2 tuần điều trị, và quá trình tái tạo collagen kéo dài cho đến 90 ngày sau đó (hình 38,39, và 40). Một vùng bì mới khoảng 2-3 mm được hình thành giữa lớp thượng bì và lớp mô đàn hồi nằm bên dưới. Vùng này được hình thành bởi các bó collagen mỏng, chắc nằm song song, có tổ chức và xắp xếp nằm ngang so với bề mặt da. Những sợi elastin được tái tạo với số lượng lớn, sắp xếp tự do tạo nên mạng lưới, và đôi khi nằm song song với các sợi collagen mới.

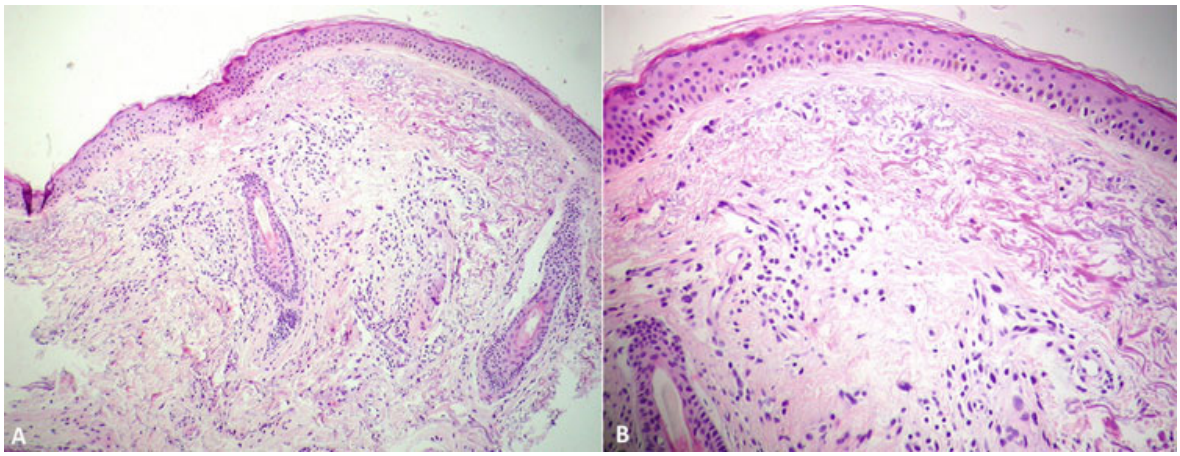
Quá trình theo dõi bệnh nhân bởi Kligman, Baker và Gordon cho thấy rằng những thay đối trên lớp thượng bì và lớp bì này kéo dài khoảng 20 năm sau khi peel (Kligman 1985).

Mặc dù kĩ thuật đơn giản, và chi phí thấp, nhưng peel phenol phụ thuộc phần lớn vào kĩ năng của và kinh nghiệm của người bôi, và có thể đạt được kết quả khác biệt.

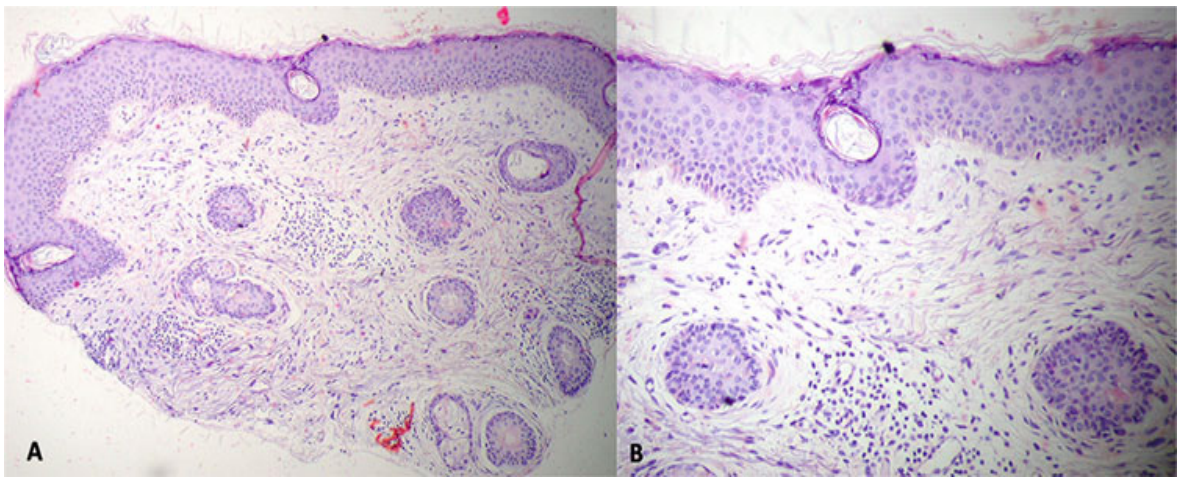
Peel phenol được biết đến từ rất lâu nhưng vẫn ít khi được các bác sĩ da liễu sử dụng do độc tính của phenol. Những độc tính này có thể hạn chế nếu chăm sóc hợp lí và theo đúng kế hoạch.

Peel phenol có tác dụng cải thiện về mô học và lâm sàng rất nhiều, và dù quá trình lão hóa vẫn tiếp tục diễn ra nhưng những nghiên cứu trên mô học chứng minh rằng sự tái cấu trúc lớp bì sau peel phenol kéo dài rất lâu và có thể vĩnh viễn. Peel phenol được đề cập bởi một vài tác giả như là một phương pháp làm đẹp kéo dài trong y khoa (hình 41)

https://nhathuocngocanh.com/



Hình 38: (a, b) mô học vùng trước tai trước khi peel theo công thức Baker- thượng bì có sự thoái hóa nặng mô đàn hồi và xâm nhập của các tế bào viêm lymphocyte quanh các mạch máu mức độ vừa.



Hình 39: (a, b) hình ảnh mô học 1 tháng sau khi điều trị. Thoái hóa mô đàn hồi lớp bì, nhưng ở lớp bì nông, ngay ở trên lớp mô đài hồi thoái hóa, có sự lắng đọng collagen mới nằm song song với thượng bì. Có thể thấy sự hình thành của một vài tế bào sợi (fibroblasts).

GHI NHỚ

• Lựa chọn bệnh nhân phù hợp: lão hóa da ánh sáng nặng và tiền sử tâm lí.

• Ghi hướng dẫn trước và sau peel cho bệnh nhân.

• Giảm đau hiệu quả, tốt nhất nên có sự hỗ trợ của bác sĩ gây mê.

• Độ sâu khi peel dung dịch Baker rất khác nhau tùy thuộc vào phần trăm dầu croton, số lần bôi, thể tích dung dịch bôi và có gây bít tắc bằng băng keo dính hay không.

• Tuân thủ kĩ thuật bôi và tôn trọng khoảng thời gian chờ khi bôi giữa các đơn vị thẩm mỹ để tránh rối loạn nhịp tim và những biến chứng hệ thống khác.

• Theo dõi bệnh nhân cẩn thận, chủ yếu trong tuần đầu tiên, giãn dần khoảng cách thời gian theo dõi bệnh nhân cho đến hết 3 tháng.

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 40: ảnh của bệnh nhân được sinh thiết vùng trước tai trong hình 38 và 39. (a) trươc khi peel (b) 1 tháng sau peel. Trong giai đoạn này, những cải thiện trên lâm sàng nhiều hơn so với bằng chứng trên mô học.

Hình 41: bệnh nhân 62 tuổi và tình trạng tăng sắc tố da do ánh sáng. (a) trước khi peel phenol với công thức Baker. (b) 12 năm sau peel phenol. Cho thấy kết quả kéo dài rất lâu.

https://nhathuocngocanh.com/

Tài liệu tham khảo

• Abeles G, Warmuth IP, Sequeira M, Swensen RD, Bisaccia E, Scarborough DA. The use of conscious sedation for outpatient dermatologic surgical proce- dures. Dermatol Surg. 2000;26(2):121–6.

• American Society of Anesthesiologists Task Force on Sedation and Analgesia by Non-Anesthesiologists. Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists. Anesthesiology. 2002;96(4):1004–17.

• Asken S. Unoccluded Baker-Gordon phenol peels: review and update. J Dermatol Surg Oncol. 1989; 15(9):998–1008.

• Baker TJ. Chemical face peeling and rhytidectomy. Plast Reconstr Surg. 1962;29:199–207.

• Bames HO. Truth and fallacies of face peeling and face lifting. Med J Rec. 1927;126:86–7.

• Bassanezi BSB, Oliveira Filho AG. Postoperative analge- sia. Rev Col Bras Circ. 2006;33(2):116–22.

• Beeson WH. The importance of cardiac monitoring in superficial and deep chemical peeling. J Dermatol Surg Oncol. 1987;13(9):949–50.

• Brody HJ. Complications of chemical peeling. J Dermatol Surg Oncol. 1989;15:1010–9.

• Brody HJ. Complications of chemical peels. In: Brody HJ, editor. Chemical peeling and resurfacing. St. Louis: Mosby; 1997a. p. 161–93.

• Brody HJ. Deep peeling. In: Brody HJ, editor. Chemical peeling and resurfacing. St. Louis: Mosby; 1997b. p. 138–42.

• Brown AM, Kaplan LM, Brown ME. Phenol induced histological skin changes: hazards, technique and uses. Br J Plast Surg. 1960;13:158.

• Deprez. Qui (n0) a (pas) peur Du phénol? J Méd Esth Chir Dermatol. 1998;25:21–8.

• Di Santis EP, Elias BLF, Barros RVS, Mandelbaum SH.

Peeling profundo de fenol: como controlar a dor durante a aplicação e até 12 horas após? Surg Cosmet Dermatol. 2014;6(1):11–5.

• Fulton JE, Porumb S. Chemical peels: their place within the range of resurfacing techniques. Am J Clin Dermatol. 2004;5(3):179–87.

• Hetter GP. An examination of the phenol-croton oil peel, part II. The lay peelers and their croton oil formulas. Plast Reconstr Surg. 2000a;105(1):240–8.

• Hetter GP. An examination of the phenol-croton oil peel, part III. The plastic surgeon's role. Plast Reconstr Surg. 2000b;105(2):752–63.
Hetter GP. An examination of the phenol-croton oil peel, part I. Dissecting the formula. Plast Reconstr Surg. 2000c;105(1):227–39.

• Hetter GP. An examination of the phenol-croton oil peel, part IV. Face peel results with different concentration of the phenol and croton oil. Plast Reconstr Surg. 2000d;105:1061–83.

• Kligman AM, Baker TJ, Gordon HL. Long-term histologic follow-up of phenol face peels. Plast Reconstr Surg. 1985;75:652–9.

https://nhathuocngocanh.com/

• Kocum AI, Sener M, Caliskan E, Bozdogan N, Micozkadioglu D, Yilmaz I, et al. Intravenous paracet- amol and dipyrone for postoperative analgesia after day-case tonsillectomy in children: a prospective, ran- domized, double blind, placebo controlled study. Braz J Otorhinolaryngol. 2013;79(1):89–94.

• Litton C. Chemical face lifting. Plast Reconstr Surg. 1962;29:371–80.

• Maloney BP, Millman B, Monheit G, McCollough EG. The etiology of prolonged erythema after chemical peel. Dermatol Surg. 1998;24:337–41.

• Matarasso SL. Phenol chemical peels. In: Wheeland RG, editor. Cutaneous surgery. 1st ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1994. p. 491–508.

• Monheit GD, Chastain MA. Chemical and mechanical skin resurfacing. In: Bolognia JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editors. Dermatology. Spain: Elsevier; 2008. p. 2321–7. Moy LS, Peace S, Moy RL. Comparison of the effect of various chemical peeling agents in a mini-pig model. Dermatol Surg. 1996;22:429–32.

• Odo MEY, Chichierchio AL. Peelings quimicos. In: dos Santos H, editor. Práticas em Cosmiatria e Medicina Estética. 1st ed. São Paulo: Tecnopress Editora e Publicidade Ltda; 1998. p. 63–87.

• Otley CC, Nguyen TH. Safe and effective conscious seda- tion administered by dermatologic surgeons. Arch Dermatol. 2000;136(11):1333–5.

• Perkins SW, Sklarew EC. Prevention of facial herpetic infections after chemical peel and dermabrasion, new treatment strategies in the prophylaxis of patients undergoing procedures of the perioral area. Plast Reconstr Surg. 1996;98:427–33.

• Price NM. EKG changes in relationship to the chemical peel. J Dermatol Surg Oncol. 1990;16:37–42.
Stagnone JJ, Stagnone GJ. A second look at chemabrasion.

• J Dermatol Surg Oncol. 1982;8:701–5.

• Stagnone GJ, Orgeel MB, Stagnone JJ. Cardiovascular effects of topical 50 % trichloroacetic acid and Baker's phenol solution. J Dermatol Surg Oncol. 1987; 13:999–1002.

• Stegman SJ. A study of dermabrasion and chemical peels in an animal model. J Dermatol Surg Oncol. 1980; 6(6):490–7.

• Stegman SJ. A comparative histologic study of the effects of there peeling agents and dermabrasion on normal and sun damaged skin. Aesthet Plast Surg. 1982;6:123. Stone PA. The use of modified phenol for chemical. Clin Plast Surg. 1998;25:21–44.

• Stuzin JM. Chemical peel. A change in the routine. Ann Plast Surg. 1989;23:166–9.

• Stuzin JM. Phenol peeling and the history of phenol. Clin Plast Surg. 1998;25(1):1–19.

• Truppman ES. Major electrocardiographic changes during chemical face peeling. Plast Reconstr Surg. 1979; 63(1):44–8.

https://nhathuocngocanh.com/

Chương 10

Phối hợp Peel Phenol - Dầu Croton

Carlos Gustavo Wambier và Fatima Pires de Freitas

TÓM TẮT

Rất nhiều thủ thuật can thiệp về da có thể phối hợp với peel sâu bằng phenol-dầu croton để cải thiện lão hóa da và sẹo trứng cá nặng. Để đạt được sự đồng nhất về tone màu da, có thể lựa chọn phối hợp với peel trung bình bằng dung dịch Jessner và TCA 35%, laser Q-switched frequency-doubled Nd-YAG (532 mm) hoặc Q-switched Nd-YAG (1064 mm). Để tăng hiệu quả điều trị lão hóa da, những tình trạng da như mất mỡ cục bộ da mặt, các rãnh ở mặt, sẹo lõm nên được điều trị bằng tiêm filler bì và dưới da bằng polymethyl methacrylate, poly -L-lactic acid, và hyaluronic acid. Điều trị nếp nhăn động sâu có thể được tối đa hóa và duy trì nếu có điều trị trước khi peel sâu bằng tiêm botulinum toxin A. Chương này sẽ mô tả làm thế nào để phối hợp các phương pháp điều trị khác nhau và tập trung chủ yếu vào những phương án được cập nhật thay thế cho các công thức peel cổ điển và điều trị phối hợp. Ngoài ra chúng tôi cũng đề cập đến giới hạn cụ thể, chống chỉ định, chuẩn bị, và chăm sóc sau peel.

NỘI DUNG

• Giới thiệu
• Chỉ định và hạn chế
• Lựa chọn bệnh nhân và chuẩn bị da
• Quá trình lành vết thương và chăm sóc sau peel
• Độ mạnh và chuẩn bị công thức phenol-dầu croton
• Phối hợp với các loại peel hóa chất khác
• Phối hợp với tiêm botox A
• Phối hợp với filler
• Phối hợp với laser
• Ghi nhớ
• Tham khảo

GIỚI THIỆU

Cho dù là những điều trị tái tạo bề mặt da có hiệu quả nhất cũng đòi hỏi phải điều trị bổ trợ trước thủ thuật. Trong nhiều trường hợp, khi phối hợp nhiều phương pháp điều trị da với nhau có thể cho hiệu quả cao hơn so với chỉ peel sâu bằng phenol-dầu croton đơn thuần.

Kết quả khác biệt của peel phenol-dầu croton đối với những nếp nhăn tĩnh sâu của da có được do sự phối hợp tác dụng của rất nhiều chất

https://nhathuocngocanh.com/

có trong dầu croton. Dầu croton có thể là chất gây kích ứng mạnh nhất hiện có trong điều trị thẩm mỹ, nó chứa những chất gây rộp da mạnh và có sức mạnh trẻ hóa da chưa khai phá hết. Sự kích thích bởi hóa chất và viêm được tạo ra chỉ vài giây sau khi tiếp xúc với tế bào da có thể tạo ra hiệu quả trẻ hóa da tốt hơn so với quá trình lành sau biến tính và đông đặc gây ra bởi laser và các loại peel hóa chất khác. Phorbol esters có nguồn gốc từ Croton tiglium kích thích tăng trưởng mô và giúp cải thiện tốt các dấu hiệu lão hóa da, thậm chí chỉ cần sau một lần điều trị. Phorbol 12-myristate-13-acetate và những phorbol khác có thể tăng tổng hợp DNA (Bertolini 2002) và kích thích phân bào (Leite 2011).

Phenol được sử dụng như chất hòa tan dầu croton và có thể khai phá tác dụng của rất nhiều chất bên trong dầu croton bằng cách giúp những chất này thấm sâu vào trong lớp bì. Mặc dù tương tác hóa học của phenol với những chất có hoạt tính bên trong dầu croton có thể xảy ra; nhưng khả năng này vẫn chưa được chứng minh. Cho đến thời điểm biên soạn quyển sách này, vẫn chưa có một thông tin lâm sàng nào về hiệu quả điều trị lão hóa ánh sáng nặng bằng dầu croton đơn thuần bôi hay dẫn xuất từ dầu croton mà không hòa tan với phenol. Hy vọng rằng một ngay nào đó, dầu croton hoặc chất có hoạt tính từ loại dầu này có thể được bôi lên da thông qua các kênh dẫn được tạo ra bởi laser (Sklar 2014) hoặc máy tattoo (Arbache và Godoy 2013), giúp bệnh nhân và bác sĩ có thể tránh được những độc tính của phenol. Trong lịch sử, dầu croton đã được dùng từ 3 đến 6 giọt thoa lên da lành và xoa trong khoảng 8-12 phút ở vùng thanh quản để điều trị khàn giọng, ở vùng trên ổ mắt để điều trị đau thần kinh tại chỗ, và ở vùng xoang cảnh để điều trị liệt mặt Bell, da những vùng này sau đó phù sâu, tiếp đến là nổi mụn nước (Hutchinson 1833), tuy nhiên không để lại sẹo.

Nếu một đơn vị thẩm mỹ ở trên mặt được điều trị với peel sâu, trong hầu hết các trường hợp, thì những đơn vị thẩm mỹ khác của khuôn mặt cũng sẽ phải điều trị để đảm bảo sự đồng nhất của da, ngược lại sự khác biệt về tone màu da, độ chắc, cấu trúc, sức bền và độ sáng sẽ làm lộ rõ ra một vùng da trông trẻ hơn so với những vùng khác của khuôn mặt. Trong những phương tiện điều trị hiện nay, bác sĩ có thể sử dụng phenol-dầu croton với nhiều công thức khác nhau hoặc laser tái tạo bề mặt để điều trị nếp nhăn; laser Q-switched nano giây để điều trị rối loạn sắc tố một cách an toàn và hiệu quả hoặc có thể sử dụng peel trung bình bằng TCA như là một biện pháp thay thế.

Để tối đa hóa hiệu quả điều trị nếp nhăn động sâu, điều trị bổ trợ với tiêm botulinum toxin A được xem là bước ban đầu để duy trì kết quả, hỗ trợ quá trình lành vết thương và giúp quá trình tân tạo collagen đồng nhất và thuận lợi trong khoảng thời gian ngay sau khi peel. Tiêm filler để nâng vùng mặt giữa bằng cách điều trị các vấn đề như mất mỡ cục bộ da mặt, các rãnh ở mặt, sẹo lõm sẽ giúp kết quả điều trị tốt hơn.

Chương này sẽ tập trung vào những chỉ định cụ thể của phối hợp

https://nhathuocngocanh.com/

điều trị và thời gian tốt nhất để tiến hành những thủ thuật này.

CHỈ ĐỊNH VÀ HẠN CHẾ

Các bác sĩ thường phải đối diện với những bệnh nhân không chỉ có một vấn đề da cần phải điều trị trên cùng một vùng giải phẫu. Đôi khi, chỉ một thủ thuật cũng có thể điều trị những bệnh này cùng lúc, tuy nhiên, trong hầu hết các trường hợp sự phối hợp điều trị là cần thiết để giải quyết đầy đủ những vấn đề thẩm mỹ trên da của bệnh nhân. Hiểu rõ những chỉ định lâm sàng và hạn chế của mỗi phương pháp điều trị cho phép các bác sĩ có thể đưa ra quyết định tốt hơn khi lên phương án để điều trị nhiều vấn trên cùng một vùng da.

Peel phenol-dầu croton được chỉ định để điều trị các rối loạn thẩm mỹ vùng bì như nếp nhăn sâu, sẹo teo do mụn, thoái hóa mô đàn hồi và xệ da. Những chỉ định khác có thể là dày sừng ánh sáng, viêm môi ánh sáng, mụn cóc phẳng, u vàng và vết nứt dái tai.

Hạn chế lớn nhất của peel phenol-dầu croton là tác dụng gây độc tố lên tim của phenol khi nồng độ chất này trong máu tăng lên. Đối với vùng da lớn, tốt hơn nên điều trị bằng cách chia ra những vùng nhỏ hơn 5% bề mặt cơ thể (BSA) để điều trị. Peel phenol một lần ở vùng da lớn hơn 5% diện tích toàn bộ cơ thể là chống chỉ định tuyệt đối ở tất cả các bệnh nhân, và vùng da peel phenol lớn hơn 2% BSA trong một lần bôi là chống chỉ định tương đối ở những người mắc bệnh tim như suy tim xung huyết, rối loạn nhịp, tăng huyết áp nặng hoặc bệnh van tim nặng. Khuyến cáo hút khí trong phòng khi làm thủ thuật. Mặc dù một vài vùng da da được điều trị biểu hiện tác dụng tăng tổng hợp collagen, độc thần kinh và gây mất sắc tố (độ tế bào melanocyte) đồng thời từ thoáng qua đến nhẹ, trung bình hoặc cao, nhưng những tác dụng này của peel phenol-dầu croton là không đủ hoặc không ổn định đối với tình trạng lâm sàng chung của bệnh nhân. Do đó, cần có điều trị cụ thể cho mỗi vấn đề da để đạt được kết quả như mong muốn.

LỰA CHỌN BỆNH NHÂN VÀ CHUẨN BỊ DA

Peel phenol-dầu croton chắc chắn là phương pháp mà không phải bất kì một bệnh nhân nào cũng có thể áp dụng được. Lựa chọn bệnh nhân có tâm lí tốt để chăm sóc da sau peel là điều bắt buột để có kết quả tốt. Peel sâu chống chỉ định tuyệt đối với những bệnh nhân hay gỡ và cào gãi da. Bệnh nhân nên bỏ thuốc lá ít nhất 1 năm và không được tiếp xúc thường xuyên với ánh sáng mặt trời hoặc những chất sinh ung thư khác. Bệnh nhân có phân loại da I-III, Glogau IV, khỏe mạnh là ứng cử viên lí tưởng cho thủ thuật này. Để đảm bảo kết quả đồng nhất và khả năng thấm dễ dàng của hợp chất peel, bệnh nhân phải được dùng tretinoin 0.1% (retin-A) hoặc adapalen 0.3% (Differin) ít nhất 1 tháng trước khi làm thủ thuật và kết hợp với hydroquinone 4% đối với bệnh nhân có tiền sử tăng sắc tố sau viêm nặng. Nên ngưng thuốc bôi từ 48-72h trước khi tiến hành thủ thuật peel để tránh kích ứng quá mức những vùng da dễ bị tổn thương như vùng quanh miệng

https://nhathuocngocanh.com/

và quanh mắt. Tăng sắc tố sau viêm là tác dụng phụ có thể biết trước. Bệnh nhân nên trang điểm để che những vùng tăng sác tốt tạm thời trong vòng 6 tháng.

CHĂM SÓC VÀ QUÁ TRÌNH LÀNH SAU PEEL

Peel phenol-dầu croton gây phù nặng, diễn tiến trong vòng 24h đầu và thường kéo dài 3-4 ngày (hình 1 và 2). Trong ngày đầu tiên, khi tình trạng phù đang tăng, bệnh nhân thường cảm thấy rất đau. Thỉnh thoảng, vùng quanh ổ mắt phù nặng đến nổi cản luôn tầm nhìn của bệnh nhân. Do đó, bệnh nhân cần phải có sự hỗ trợ bên cạnh trong 24 h đầu tiên. Đau sẽ giảm dần trong 48h đầu, đây cũng là lúc da bệnh nhân bắt đầu tiết dịch và mủ. Sau 72h, phù giảm hoàn toàn và xuất hiện mài do da bong và chất xuất tiết khô lại tạo thành, thời điểm mài đóng lại cũng là lúc bệnh nhân nên bôi mỡ (hình 3). Bảy đến mười ngày sau peel, mài và chất xuất tiết sẽ biến mất và lớp thượng bì lành lại hoàn toàn. Cuối cùng, sau tuần đầu tiên, đỏ da kéo dài nhẹ hoặc trung bình bắt đầu xuất hiện ở những vị trí peel sâu (hình 4), trực tiếp liên quan đến khả năng peel sâu và độ mạnh của dung dịch. Tại thời điểm này quá trình tân tạo collagen bị ức chế, do đó tránh sử dụng corticoid hệ thống hoặc corticoid bôi loại mạnh và rất mạnh trong khoảng thời gian này, vì sẽ làm ức chế hoạt động của tế bào sợi (fibroblast). Ở hầu hết bệnh nhân, sau 2-4 tuần sẽ xuất hiện tăng sắc tố ở vùng đỏ da nặng. Hiện tượng tăng sắc tố sau viêm này kéo dài từ 2 đến 5 tháng. Bệnh nhân thường cảm thấy ngứa và rối loạn cảm giác trong những tháng đầu cho đến khi đầu mút thần kinh bề mặt và tiểu thể cảm giác lành hoàn toàn.

Nồng độ của dầu croton và/ hoặc phenol càng cao, da càng peel nhiều (Hetter 2000a). Ở những vùng điều trị, nếu không xuất hiện đỏ da sau 7-10 ngày, có thể lặp lại điều trị với dung dịch mạnh bằng hoặc hơn dung dịch cũ trong 2 tuần đầu hoặc như một lần peel mới trong thời gian 2-6 tháng. Ở thời gian này, nếu nếp nhăn còn lại ít có thể chuyển qua phối hợp với laser tái tạo bề mặt.

Trong quá trình chăm sóc sau peel, tránh tắm và rửa mặt ít nhất 2 ngày. Trong thời gian quan trọng này, bệnh nhân được rửa với dung dịch saline vô khuẩn lạnh hoặc gạc thấm saline, và được hướng dẫn cách bôi thạch petroleum (Vaseline) khi cần thiết để giữ lớp mài luôn mềm. Gây bít tắt petrolatum một cách thích hợp

Hình 1: peel phenol-dầu croton. Phù bắt đầu ổn định sau 24h. Có thể thấy mụn nước ở vùng thái dương và vùng mũi.

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 2: peel phenol-dầu croton. Phù nặng xuất hiện sau 24h. Da được giữ ẩm và bít bằng thạch petroleum.

Hình 3: peel phenol-dầu croton. Mài vàng/nâu cùng với tơ huyết hình thành sau 72h. Phù giảm dần.

trong những ngày đầu tiên để bảo vệ da khỏi những tác nhân kích ứng và cho phép bác sĩ kiểm tra tiến độ lành của da hàng ngày. Một vài bác sĩ sử dụng băng keo dính để gây bít tắt (Stuzin 1989), nhưng cách này lại gây tổn thương nhiều hơn khi lột ra. Sau khi tình trạng phù nề da nặng cải thiện, bệnh nhân được phép tắm với dầu gội em bé ít gây dị ứng hoặc sữa rửa dạng lotion. Bệnh nhân phải được hướng dẫn không được gỡ, cào hoặc móc lớp mài và nên cắt bỏ mài bong bằng kéo. Bệnh nhân nên đến phòng khám bác sĩ kiểm để tra tình trạng nhiễm trùng và việc chăm sóc vết thương hằng ngày. Sau 48h, đắp gạc thấm saline vô trùng trong 15 phút, rồi rửa sạch mài và sợi tơ huyết (fibrin) bằng cách xả dung dịch saline vô trùng trực tiếp lên vùng da. Có thể dùng bông tăm ướt để nâng nhẹ những mảnh mài và tơ huyết. Có thể sử dụng các dụng cụ phẫu thuật vô trùng như kéo và forcep không gây tổn

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 4: peel phenol-dầu croton. Đỏ da xuất hiện vào ngày thứ 7.

Hình 5: Điều trị viêm môi do ánh sáng bằng peel phenol-dầu croton mạnh nhất ở môi dưới. Nồng độ dầu croton là 4% (một giọt dầu croton trong mỗi ml dung dịch phenol 88%)

thương mô để cắt lọc da hoại tử, mài và tơ huyết.

Trong những lần tái khám, thường thì sẽ không uống hoặc bôi kháng sinh nếu có sự xuất tiết mủ, có mùi, và đỏ da. Nên tránh việc sử dụng kháng sinh để dự phòng một cách thường xuyên. Tuy nhiên có thể kê valaciclovir 500mg 2 lần mỗi ngày trong 7 ngày để dự phòng herpes đối với tất cả bệnh nhân dù có hay không có tiền sử mắc herpes. Để giảm đau, ngay sau peel có thể cho bệnh nhân bôi kem lidocaine 4% trước khi khi bôi petroleum và cho bệnh nhân uống codeine 30 mg mỗi 4h, bắt đầu từ 2h trước khi peel. Nếu bệnh nhân đau nặng trong ngày đầu tiên sau peel, có thể gấp đôi liều codeine. Có thể kê thuốc opioid mạnh như oxycodone 10mg để kiểm soát đau tốt hơn, uống 3h trước khi peel và lặp lại 2h sau khi kết thúc peel và uống mỗi 8h sau đó nếu cần thiết. Uống tramadol mỗi 8h cũng là một lựa chọn thay thế có hiệu quả. Cả tramadol và oxycodone đều có tác dụng phụ

https://nhathuocngocanh.com/

gây buồn nôn, tuy nhiên có thể kiểm soát buồn nôn bằng ondansetron 4mg ngậm dưới lưỡi.

Retinoid và corticoid dạng bôi hoặc uống nên tránh sử dụng trong ít nhất 6 tháng. Đỏ da và tăng sắc tố sau viêm có thể được điều trị tốt bằng các loại mỹ phẩm ít gây dị ứng như sản phẩm bôi chứa vitamin C, E, nicotinamide, và hyaluronic acid.

ĐỘ MẠNH VÀ CHUẨN BỊ CÔNG THỨC PEEL PHENOL-DẦU CROTON

Hiện có rất nhiều công thức peel phenol-dầu croton khác nhau. Công thức mạnh nhất là công thức được pha sẵn, chứa 1 giọt dầu croton trên mỗi ml của dung dịch phenol 88% (Hetter 2000b). Công thức này chứa dầu croton 4% hòa tan hoàn toàn trong phenol 85%; công thức này có thể peel rất sâu, cho kết quả đồng nhất, màu vàng nhạt, một pha; công thức này hiện nay đang được sử dụng bởi tác giả để sửa rảnh dái tai và điều trị viêm môi ánh sáng (hình 5), u vàng, sẹo trứng cá dạng icepick và boxcar bằng kĩ thuật chỉnh sửa sẹo bằng peel hóa chất (CROSS). Tác giả đặt tên cho dung dịch phenol-dầu croton mạnh nhất này bằng cái tên "capeta" (ác quỷ) để nhắc nhở những người mới vào nghề phải hết sức cẩn thận khi peel bằng dung dịch vô cùng mạnh và nguy hiểm này. Để chuẩn bị loại dung dịch này, ta thêm 1 ml dầu croton vào 24 ml phenol lỏng 88% (Hetter 2000b). Để có công thức này với thể tích bé hơn, ta trộn 0.5 ml dầu croton vào 12 ml phenol 88%.

Công thức phenol-dầu croton truyền thống có tên là dung dịch Baker Gordon, công thức này chứa 2.1 % dầu croton trong 50% phenol (Baker 1966). Công thức này gây độc tính lan rộng lên tế bào sắc tố và cần ít nhất 60 phút để peel toàn bộ khuôn mặt trong phòng có hệ thống hút đầy đủ vì nguy cơ độc tính lên tim cao. Sẹo trứng cá nặng hoặc thoái hóa mô đàn hồi da mặt nặng ở bệnh nhân có phân loại da I-II có thể được điều trị tốt bằng công thức này. Tác giả khuyến cáo không peel công thức này ở vùng dưới mí mắt do làm tăng nguy cơ lộn mí. Để chuẩn bị công thức này, ta có thể trộn 3ml phenol 88% với 3 giọt dầu croton. Sau đó, thêm 8 giọt septisol và 2 ml nước, khuấy đều trước khi sử dụng vì công thức này bôi hai pha.

Công thức của Hetter là công thức linh hoạt nhất; nồng độ dầu croton từ 0.4% đến 1.6% trong phenol 35%, cũng có thể dùng phenol 50% (Hetter 2000b). Để chuẩn bị công thức, thì thể tích cuối cùng luôn là 10 ml. Đầu tiên, thêm 1, 2, 3, hoặc 4 ml dung dịch pha sẵn (dung dịch chứa dầu croton 4% và phenol 88%) vào 3, 2, 1, hoặc 0 ml dung dịch phenol 88% để tạo ra được các công thức lần lượt 0.4% dầu croton (nhẹ), 0.8% (trung bình), 1.2% (mạnh), và 1.6% (rất mạnh). Ta có thể thấy rằng tổng lượng dịch của dung dịch pha sẵn cộng với phenol luôn là 4 ml để có thể thu được dung dịch phenol 35%. Sau đó thêm vào 5.5 ml nước trộn với 0.5 m septisol (lượng 6ml còn lại). Để chuẩn bị công thức chứa phenol 50%, thì thể tích phenol có thể tăng đến 5.5 ml, và giảm thể tích của nước xuống 4 ml. Để chuẩn bị dung dịch giống với dung dịch Baker Gordon, trộn 5.5 ml dung dịch pha sẵn với 0.5 ml Septisol hòa

https://nhathuocngocanh.com/

tan trong 4ml nước (dầu croton 2.2 % trong phenol 50%), hoặc trộn 5ml dung dịch pha sẵn với 0.5 ml phenol 88% trong 0.5 ml Septisol tan trong 4 ml nước (dầu croton 2% trong phenol 50%).

Công thức yếu nhất là công thức có dầu croton 0.105% trong phenol 27.5% (Orra 2015), đây là công thức rất an toàn và có thể chịu đựng được vì chỉ phù nhẹ trong thời gian lành và lột da nhẹ. Để chuẩn bị công thức này (công thức được Hetter đặt tên là "peel rất nhẹ") trộn 4 ml phenol 88% với 1 giọt dầu croton, 16 giọt Septisol, và 6 ml nước. Lấy 3 ml của hỗ hợp này và thêm 2 m phenol 88% và 5ml nước nữa (Hetter 2000b). Cách khác, có thể chuẩn bị một công thức tương tự bằng cách trộn 0.3 ml dung dịch pha sẵn với 3ml phenol 88%, thêm 6.5 ml nước và 0.6 ml Septisol. Cách này sẽ tạo ra dung dịch chứa dầu croton 0.12 % với phenol 27.5 %, công thức này an toàn và được sử dụng để điều trị nếp nhăn nông và xệ mí mắt.

Với mỗi trường hợp bệnh lí việc lựa chọn độ mạnh của dung dịch là rất quan trọng. Tác giả cân nhắc sử dụng công thức mạnh hơn dầu croton 4% trong phenol 35% để peel sâu và sử dụng các công thức pha loãng hơn để peel nông.

PHỐI HỢP VỚI CÁC LOẠI PEEL KHÁC

Sự phối hợp điều trị truyền thống của peel phenol-dầu croton là sử dụng loại peel nhẹ hơn ở vùng còn lại của khuôn mặt như được mô tả trong hình 6, đây là trường hợp peel phenol-dầu croton phối hợp với peel bằng Monheit's Jessner + TCA 35% (Monheit 2001) trong cùng một lần điều trị.

Khi sử dụng công thức phenol-dầu croton loại rất mạnh như công thức Baker Gordon ở vùng giữa trên mí mắt, ở vùng mà sẽ bị rạch trong phẫu thuật thẩm mỹ mí trên thì kết quả tốt có thể đạt được bằng cách bôi phenol 88% lỏng ở vùng da mí mắt còn lại và vùng quanh ổ mắt, thêm vào đó là peel trung bình ở toàn bộ phần da còn lại của khuôn mặt, như dùng TCA 35% để bôi ở những đơn vị thẩm mỹ còn lại của mặt (Parada 2008).

Gregory Hetter đã cải tiến peel phenol-dầu croton bằng cách đưa ra một công thức peel phenol-dầu croton nhẹ hơn để sử dụng trong cùng một lần điều trị mà không cần phải phối hợp với các loại hóa chất khác, từ đó giảm thiểu nguy cơ hình thành đường ranh giới do sự khác nhau về màu sắc giữa các đơn vị thẩm mỹ. Hetter cho rằng công thức peel phenol- dầu croton mạnh tốt hơn nên dùng để peel ở vùng quanh miệng, và những công thức yếu hơn được dùng ở vùng mí mắt và cổ và đều cho kết quả tốt (Hetter 2000b). Ngày nay, người ta thường sử dụng nhiều công thức phenol- dầu croton khác nhau hoặc kĩ thuật bôi nhẹ hơn (ít ma sát hơn, nhẹ nhàng hơn) để đạt được tone màu da đồng nhất hơn là sử dụng các loại hóa chất khác. Khi sử dụng các loại hóa chất khác nhau để peel, nên đợi thượng bì phục hồi hoàn toàn sau peel phenol- dầu croton rồi mới peel hóa chất thứ 2 (như trong hình 7, và 8).

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 6: phối hợp điều trị phenol 35% và dầu croton 0.4% ở vùng quanh ổ mắt với peel trung bình bằng công thức của Monheit (peel dung dịch Jessner sau peel TCA 35%) ở vùng còn lại của mặt. Trái: trước điều trị. Phải: sau 30 ngày.

Hình 7: peel toàn bộ mặt với phenol-dầu croton, bỏ qua vùng dưới quanh ổ mắt do vùng dưới mắt quá lỏng lẻo (snap-back test dương tính). sau 30 ngày, peel vùng dưới ổ mắt với peel nông bằng dung dịch Jessner sau khi peel bởi TCA 35% (theo cách peel của Monheit). Phải và trái: cùng một bên, bằng chứng là nốt nevus trong thượng bì ở vùng trán. Trái: trước. Phải: 2 tháng sau peel phenol-dầu croton và 1 tháng sau phương pháp peel của Monheit ở vùng dưới mí.

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 8: peel toàn bộ da mặt bằng phenol- dầu croton để điều trị sẹo trứng cá. Vùng dưới ổ mắt được chừa lại do co kéo mí mắt dưới không đều do phẫu thuật mí mắt dưới 5 năm trước. Vùng quanh ổ mắt 2 tháng sau đó được điều trị bằng phenol 88% mà không có biến chứng nào. Trái: trước. Phải: 14 ngày sau peel phenol-dầu croton.

Vùng lỏng lẻo quanh ổ mắt thường làm tăng nguy cơ lận mí dưới. Việc đánh giá mức độ lỏng lẻo của vùng này bằng snap-back test là bắt buộc. Nếu sau snap-back test mí mắt lộn hoặc chậm trở về vị trí cũ, thì bệnh nhân có nguy cơ bị lộn mí khi peel sâu. Mặc dù phenol- dầu croton thực sự giúp cải thiện độ lỏng lẻo bề mặt sau khi hoàn toàn hồi phục, nhưng peel này không tác động đến cấu trúc sâu bên dưới như dây chằng. Do đó, sự săn da bề mặt có thể gây kéo và làm lộn mí.

Snap-back test:

Cách thực hiện: kéo mí dưới xuống và giữ trong vài giây, sau đó đợi và quan sát khoảng thời gian mí dưới trở về vị trí bình thường trong điều kiện bệnh nhân không nhắm mắt.

Đánh giá: đây là phương pháp đánh giá độ lỏng lẻo mí mắt dưới. Bình thường, mí mắt dưới sẽ trở về vị trí ban đầu ngay lập tức. Thời gian trở về vị trí ban đầu càng dài thì mí mắt càng lỏng lẻo.

Hơn nữa, phù quanh ổ mắt trong giai đoạn lành có thể làm bộc lộ giác mạc tạm thời. Ở những bệnh nhân có thời gian snap-back test kéo dài, lộn mí dưới và co kéo mí dưới thì nên bỏ qua phần mí dưới khi peel (Hình 7 và 8). Ở những bệnh nhân này, khuyến cáo nên phối hợp với một loại peel trung bình không gây co rút da hoặc peel phenol-dầu croton rất nhẹ (bảng 1).

Khuyến cáo thời gian phối hợp tốt nhất:

- Khi phối hợp với peel phenol-dầu croton nhẹ hơn: phối hợp cùng ngày.
- Khi phối hợp với các loại peel hóa chất khác (Jessner/TCA): 14-30 ngày (sau khi thượng bì hoàn toàn hồi phục). Và không bôi lên vùng da trước đó đã peel phenol- dầu croton.

https://nhathuocngocanh.com/

Bảng 1: công thức peel phenol-dầu croton với các độ mạnh khác nhau

Độ mạnh	[Phenol] (%)	[Croton] (%)	# giọt/ 10 ml	Chỉ định
Rất nhẹ	27.5	0.12	0.3	Mí mắt lỏng lẽo
Nhẹ	35	0.4	1	Mí mắt, cổ
Trung bình	35	0.8	2	Peel thông thường
Mạnh	35	1.2	3	Quanh ổ mắt, nếp nhăn sâu
Rất mạnh	35	1.6	4	Quanh miệng, mũi
Cực mạnh (Baker Gordon)	50	2.0	5	Các trường hợp nặng
Extremely strong (“capeta”)	86	4	10	U vàng, sẹo trứng cá dạng icepick, viêm môi ánh sáng.

PHỐI HỢP VỚI BOTULINUM TOXIN A

Peel phenol-dầu croton thường phối hợp điều trị với BTxA nhất. Điều trị tiền peel với BTxA (2-3 tuần trước khi peel) được chỉ định để làm giảm chuyển động của mặt trong khoảng thời gian ngay sau peel và thúc đẩy quá trình lành vết thương. Điều trị tiền peel với BTxA còn giúp giảm đau trong khi tiến hành thủ thuật và sau thủ thuật. Tuy nhiên, dầu croton có thể kích thích sự tái tạo thần kinh như được quan sát thấy trong các báo cáo trước đây về điều trị khàn giọng và liệt mặt với dầu croton bôi (Hutchinson 1833).

Không khuyến cáo phối hợp BTxA trong cùng một ngày với quá trình peel vì nguy cơ cao làm tăng sự khuếch tán của toxin do quá trình phù nặng diễn ra trong 24h đầu sau peel (Hình 1 và 2).

Thời gian tác dụng của BTxA có thể bị giảm sau peel phenol-dầu croton (Hình 9), và pee phenol- dầu croton bản chất nó cũng làm giảm sự biểu hiện của khuôn mặt trong tháng đầu tiên, điều này xảy ra có thể do hoạt tính độc thần kinh của phenol liên quan đến hiện tượng phù. Điều trị sau peel với BTxA, ví dụ như 14 ngày sau peel có thể làm tăng ức chế thần kinh cơ (Hình 10, 11, và 12).

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 9: phối hợp tiêm botulinum toxin A trước khi peel phenol-dầu croton. Bệnh nhân thấy ít đau hơn và các chuyển động khuôn mặt bị ức chế trong khoảng thời gian sau peel, giúp đạt kết quả tốt hơn; tuy nhiên, có nguy cơ làm giảm thời gian ức chế thần kinh cơ do khả năng làm lành thần kinh của hóa chất trong dầu croton. Trong trường hợp này, sau 3-4 tháng những vận động trên khuôn mặt của bệnh nhân hoàn toàn được hồi phục, mà bình thường thời gian cần tiêm lại là 5-6 tháng. Trái: trước. Phải: sau 4 tháng, đây cũng là thời điểm tiêm lại botulinum toxin A.

Hình 10: Điều trị phối hợp nhiều phương pháp. Đầu tiên can thiệp với phenol 35% và dầu croton 1.6% ở vùng trán (vùng trán đỏ trên hình) kết hợp với tiêm poly-L-lactic acid ở vùng má và quanh miệng, sau 14 ngày tiến hành tiêm botulim-un toxin A ở vùng 1/3 trên của mặt (các đốm đỏ trên mặt) và peel trung bình theo Monheit ở 2/3 dưới khuôn mặt (lớp frost trắng).

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 11: điều trị phối hợp nhiều phương pháp cho kết quả rõ rệt. Đầu tiên điều trị với phenol 35% và dầu croton 1.6% ở vùng trán (hơi giảm sắc tố) phối hợp với tiêm poly-L-lactic acid ở vùng má và quanh miệng, sau 4 tháng tiến hành tiêm botulinum toxin A ở 1/3 mặt trên và peel trung bình theo Monheit.

Thời gian phối hợp khuyến cáo:

• Nếu bệnh nhân thường xuyên tiêm BTxA: Tiêm 21 ngày trước khi peel. Căn dặn bệnh nhân tiêm lại 3-4 tháng sau peel phenol-dầu croton.

• Nếu bệnh nhân chưa bao giờ tiêm BTxA: Tiến hành peel trước và lên kế hoạch tiêm từ 10-14 ngày sau peel.

PHỐI HỢP VỚI FILLER

Mặc dù bệnh nhân thường mong có sự săn chắc toàn bộ da sau peel phenol toàn mặt, nhưng thực tế cần phải phối hợp thêm với tiêm chất làm đầy lớp bì và dưới da trong thời gian sau peel để nâng vùng sẹ hoặc làm đầy vùng lõm da do mất mở dưới da ở người già. Trong một vài trường hợp, như bệnh nhân trong hình 13, có một vài vùng da không có nhiều sự thay đổi khi peel phenol-dầu croton, khi mà 2/3 mặt dưới của bệnh nhân không có những nếp nhăn sâu. Thoái hóa mỡ ở vùng má thường xảy ra ở người lớn tuổi. Do đó, phối hợp peel phenol- dầu croton thường được chỉ định rộng rãi với những người chịu được tiêm filler (hình 13,14 và 15). Đối với điều trị sẹo lõm, hoặc tiêm trong da thì thường dùng hyaluronic acid để tiêm (hình 15).

Thời gian phối hợp khuyến cáo:

• Khi phối hợp khác vùng da: cùng ngày với peel.

• Khi phối hợp cùng một vùng da: tiêm sau peel 4-6 tháng (khi da hoàn toàn hồi phục).

PHỐI HỢP VỚI LASER

Những sang thương tăng sắc tố có thể không được loại bỏ hoàn toàn bằng peel sâu, và bệnh nhân cũng biểu hiện những rối loạn sắc tố liên quan, những rối loạn này đòi hỏi phải điều trị bằng phương pháp khác.

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 12: Phối hợp điều trị với botolinum toxin A. 21 ngày sau peel toàn bộ mặt với phenol 35% và dầu croton 1,2 %, bệnh nhân đã hồi phục biểu cảm khuôn mặt và sẵn sàng để có thể tiêm botox sau peel nhằm tăng cường duy trì tác dụng của peel đối với các nếp nhăn.

Hình 13: phối hợp tiêm filler với peel phenol-dầu croton. Sau 3 tháng peel toàn bộ da mặt với phenol 35% và 1.2% dầu croton, vùng quanh ổ mắt peel với công thức mạnh hơn chưa dầu croton 1.6% (vẫn còn thấy đỏ da và tăng sắc tố sau viêm trong hình), bệnh nhân được tiêm filler ở vùng má. Trong trường hợp này, 30% polymethyl methacrylate được tiêm với cannula nhỏ 21G, kết quả đạt được rất khả quan. Trái: trước peel. Phải: trước filler.

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 14: Điều trị phối hợp nhiều phương pháp với peel phenol-dầu croton. Trước (trái) và 1 năm sau (phải) peel toàn bộ da mặt với phenol 35% và dầu croton 1.2%, vùng quanh mắt peel với phenol 30% và dầu croton 1.6%, sau đó filler sâu polymethyl methacrylate 30% với cannula nhỏ 21G, kết quả đạt được khả quan. 2 tháng sau peel bệnh nhân cũng được phối hợp với Q-switched 532 mm để điều trị những dát dày sừng tuyến bã còn lại ở đường hàm.

Hình 15: Điều trị khe hở tai với 5 lần bôi dung dịch chứa 1 giọt dầu croton mỗi ml dung dịch phenol 88% (dung dịch pha sẵn mạnh nhất, 4% dầu croton) cách nhau mỗi 14 ngày, phối hợp với filler hyaluronic acid ở vùng sẹo lõm còn lại. Đỏ da kéo dài vẫn còn sau 4 tháng từ lần peel cuối cùng.

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 16: Tái cấu trúc sẹo mụn hóa học bằng 3 liệu trình CROSS hàng tháng với một giọt dầu croton trên mỗi ml dung dịch phenol 88% (dung dịch có sẵn mạnh nhất, 4% dầu croton), phối hợp với Laser Nd-YAG 1064 nm (Q-switched) trước mỗi lần điều trị nhằm cải thiện tình trạng tăng sắc tố và nám má không đều ở da.

Hình 17: 2 tuần sau khi điều trị phối hợp giữa peel phenol 35% + dầu croton 0.8% để điều trị những nếp nhăn sâu ở cánh tay và cẳng tay (đỏ da và đóng mài vàng/nâu) với peel bằng Laser Nd-YAG 532 nm (Q-switched tần số kép) ở vùng chi không có nếp nhăn (vảy tăng sắc tố)

https://nhathuocngocanh.com/

Hơn nữa, thường thì không thấy những thay đổi sắc tố còn lại sau peel hóa chất, như những dát tăng sắc tố không đều hoặc tăng sắc tố sau viêm. Những vấn đề này có thể được giải quyết hiệu quả nếu kết hợp điều trị với laser Q-switched (hình 14,16, và 17). Laser Q-switched frequency-doubled Nd- YAG (532 mm) có thể được dùng để điều trị sạm da, tàn nhang, dát dày sừng tuyến bã, và dát café, và laser Q-switched Nd- YAG (1064 mm) dùng để điều trị tăng sắc tố sau viêm, nám má, và nevi bì tốt hơn. Một vài nếp nhăn nhỏ có thể tồn tại kéo dài sau khi tái tạo bề mặt băng peel sâu. Những nếp nhăn này có thể điều trị bằng Laser xâm lấn sau 3-6 tháng, như laser Erbium- YAG hoặc laser CO2 fractional 10600 nm.

Thời gian phối hợp được khuyến cáo:

• Khác vùng da: sử dụng laser sau 14-30 ngày (thượng bì phục hồi hoàn toàn).

• Cùng vùng da: sử dụng laser xâm lấn sau 4-6 tháng (sau khi lành hoàn toàn).

• Cùng vùng da: sử dụng laser Q-switched hoặc laser không sâm lấn sau 30-60 ngày.

GHI NHỚ

• Tái tạo bề mặt bằng phenol-dầu croton là cực kì hiệu quả và linh hoạt trong trẻ hóa da; tuy nhiên phương pháp này không thể điều trị tất cả những khía cạnh của lão hóa da.

• Phối hợp peel có thể được sử dụng, trước, trong và sau khi peel phenol-dầu croton.

• Nên đợi đến khi vết thương lành hoàn toàn mới phối hợp với các phương pháp điều trị khác.

• Khi phối hợp một loại peel khác với peel sâu bằng phenol-dầu croton thì peel nhẹ bằng phenol-dầu croton giúp mang cho tone màu da sáng hơn so với peel trung bình cổ điển.

THAM KHẢO

• *Arbache S, Godoy C. Microinfusion of drugs into the skin with tattoo equipment. Surg Cosmet Dermatol. 2013; 5(1):70–4.*

• *Baker TJ, Gordon HL, Seckinger DL. A second look at chemical face peeling. Plast Reconstr Surg. 1966; 37(6):487–93.*

• *Bertolini TM. Is the phenol-croton oil peel safe? Plast Reconstr Surg. 2002;110(2):715–7.*

• *Hetter GP. An examination of the phenol-croton oil peel: part I. Dissecting the formula. Plast Reconstr Surg. 2000a;105(1):227–39; discussion 249–51.*

• *Hetter GP. An examination of the phenol-croton oil peel: part IV. Face peel results with different concentrations of phenol and croton oil. Plast Reconstr Surg. 2000b;105(3):1061–83; discussion 1084–7.*

• *Hutchinson R. Observations on the employment of croton oil. Lancet. 1833;20(507):229–31.*

• *Leite G de O, Leite LHI, Sampaio R de S, Araruna MK a, de Menezes IRA, da Costa JGM, et al. (-)-α-Bisabolol attenuates visceral nociception and inflammation in mice. Fitoterapia. Elsevier B.V.; 2011;82(2):208–11.*

https://nhathuocngocanh.com/

• *Monheit GD. Medium-depth chemical peels. Dermatol Clin julho de. 2001;19(3):413–25. vii*

• *Orra S, Waltzman JT, Mlynek K, Duraes EFR, Kundu N, Zins JE. Periorbital phenol-croton oil chemical peel in conjunction with blepharoplasty: an evolving tech- nique for periorbital facial rejuvenation. Plast Reconstr Surg. 2015;136(4 Suppl):99–100.*

• *Parada MB, Yarak S, Gouvêa LG, Hassun KM, Talarico S, Bagatin E. "Blepharopeeling" in the upper eyelids: a nonincisional procedure in periorbital rejuvenation – a pilot study. Dermatol Surg. 2008;34(10):1435–8.*

• *Sklar LR, Burnett CT, Waibel JS, Moy RL, Ozog DM. Laser assisted drug delivery: a review of an evolving technology. Lasers Surg Med. 2014;46(4):249–62.*

• *Stuzin JM, Baker TJ, Gordon HL. Chemical peel: a change in the routine. Ann Plast Surg. 1989;23(2):166–9.*

https://nhathuocngocanh.com/

Chương 11

Peel hóa chất ở vùng da ngoài mặt

Marcelo Cabral Molinaro và Paulo S. Torreao

TÓM TẮT

Peel da mặt được sử dụng rộng rãi trong thực hành da liễu không chỉ cho mục đích thẩm mỹ mà còn cho mục đích điều trị bệnh. Kĩ thuật peel da vùng thân (peel body) dựa trên cơ sở kiến thức của peel da vùng mặt và áp dụng lên các vùng da khác của cơ thể trong khi vẫn tôn trọng những đặc tính khác biệt giữa của vùng da khác trên cơ thể với vùng da mặt.

Sử dụng đúng hóa chất và kĩ thuật là yếu tố tiên quyết giúp mang lại hiệu quả và tính an toàn trong peel da hóa chất ở vùng thân mình. Để đạt được kết quả điều trị tốt nhất, người ta thường chỉ dùng loại peel nông và peel rất nông lớp sừng để điều trị ở vùng da ở thân mình. Khi peel nên tiến hành peel nhiều liệu trình và peel dần dần theo đúng chỉ định.

Những nguyên tắc này sẽ giúp tránh xuất hiện đỏ da kéo dài, tăng sắc tố sau viêm, chậm lành vết thương và thậm chí là hoại tử da (hoại tử da sẽ để lại sẹo xấu).

NỘI DUNG

Giới thiệu

- Tính chất riêng biệt của những vùng da ngoài da mặt

Chăm sóc ban đầu trước khi peel da ở vùng thân mình.

Các hóa chất peel chính và chỉ định

- Salicylic acid
- Dung dịch Jessner
- Resorcin
- Tretinoin
- 5-Fluorouracil
- Glycolic acid
- Trichloroacetic acid
- Thioglycolic acid

Chăm sóc đặt biệt sau thủ thuật

Biến chứng

Kết luận

Ghi nhớ

Tham khảo

GIỚI THIỆU

Mặc dù nhu cầu sử dụng các công nghệ mới ngày càng tăng, việc sử dụng các hóa chất để peel da mặt và cơ thể vẫn đóng một vai trò quan trọng trong ngành da liễu do tính hiệu quả, an toàn, tính thực tiễn và giá thành thấp của phương pháp này. Tuy nhiên, hầu hết những tài liệu khoa học chủ yếu nhấn mạnh vào phương pháp peel da ở vùng da mặt và peel hóa chất đối với các vùng da ngoài da mặt chỉ được khuyến cáo sử dụng trong một số bệnh lí cụ thể cũng như để hỗ trợ các phương pháp điều trị khác.

https://nhathuocngocanh.com/

Chương này sẽ hệ thống những thông tin hiện có về kĩ thuật, chăm sóc và hướng dẫn cho phương pháp peel da vùng ngoài mặt này.

Tính chất riêng biệt của những vùng da ngoài da mặt

Vùng da ngoài mặt có một vài đặc tính cần lưu ý như sau.

a) Diện tích bề mặt da rộng: đây là yếu tố chính đóng vai trò trong việc ngộ độc hệ thống do hấp thụ hóa chất qua da. Do đó khuyến cáo trước khi điều trị phải phân chia thành từng mảng nhỏ theo độ dài, và tính an toàn của hóa chất peel. Một vài hóa chất mà tác dụng của nó phụ thuộc vào thời gian tiếp xúc và cần phải trung hòa. Do đó khi peel ở vùng da lớn cần phải chuẩn bị bề mặt điều trị để không ảnh hưởng đến quá trình trung hòa.

b) Mức độ bong da và hình thành mài nhỏ: vài ngày sau khi peel da vùng thân, chúng ta có thể thấy hiện tưởng bong vảy ở nhiều mức độ khác nhau tùy thuộc độ sâu của điều trị. Quá trình bong vày này kéo dài hơn so với peel ở da mặt. Đặc điểm này đặc biết có giá trị đối với peel nông da vùng thân khi toàn bộ thượng bị được điều trị.

c) Thời gian hồi phục: thời gian hồi phục dài hơn khi peel trên da vùng thân do các đặc điểm sau:

• Số lượng đơn vị nang lông tuyến bã: quá trình lành vết thương sau peel hóa chất diễn ra thông qua sự tăng sinh thượng bị lân cận và sự di cư của các tế bào gốc hiện diện trong các đơn vị nang lông tuyến bã. Vì vùng da ngoài mặt có ít các thành phần phụ (bao gồm đơn vị nang lông tuyến bã) hơn so với da mặt (ít hơn thậm chí đến 30 lần ở vùng cổ, và 40 lần ở mặt lưng bàn tay và cánh tay), do đó cần phải lưu ý đến độ sâu của peel để tránh hoại tử sâu vào da (Kede 2009).

• Độ dày lớp thượng bì: da càng mỏng, thì hóa chất peel thấm vào càng nhanh. Đều này đặc biệt đúng với đối tượng bệnh nhân là người lớn tuổi vì da sẽ mỏng dần theo độ tuổi. Cần phải lưu ý là luôn chọn đúng loại hóa chất peel để sử dụng.

• Cung cấp máu: lượng máu cung cấp giảm như ở vùng chi dưới sẽ dễ đưa đến biến chứng chậm lành vết thương. Khi điều trị ở những vùng này nên chỉ định peel nông hoặc peel rất nông để giảm tối đa khả năng xảy ra biến chứng.

Lựa chọn đúng loại hóa chất peel và áp dụng đúng kĩ thuật là các yếu tố quyết định đến sự an toàn và hiệu quả khi peel da ở các vùng khác của cơ thể. Để thu được hiệu quả điều trị tốt nhất đối với những vùng da ngoài mặt, thì peel rất nông ở lớp sừng thượng bị và peel nông ở lớp thượng bì là những lựa chọn phù hợp nhất. Peel body nên thực hiện theo nhiều liệu trình và tiến hành dần dần theo đúng chỉ định (Landau 2008).

Những nguyên tắc này sẽ giúp tránh xuất hiện đỏ da kéo dài, tăng sắc tố sau viêm, chậm lành vết thương và thậm chí là hoại tử da (hoại tử da sẽ để lại sẹo xấu).

Chăm sóc ban đầu trước khi peel da ở vùng thân mình

• Những bệnh nhân có tiền sử bệnh không tốt, đặc biệt liên quan đến các phản ứng không mong muốn trong những lần điều trị trước như dị

https://nhathuocngocanh.com/

ứng, sẹo lồi, bệnh da mạn tính (viêm da dầu và viêm da cơ địa), sử dụng thuốc uống như isotretinoin thì cần phải được chú ý. Ngoài ra cũng cần phải hết sức cẩn thận với những bệnh nhân có tiền sử tăng sắc tố sau viêm, đặc biệt là những người có phân loại da Fitzpatrick từ IV, V, VI.

• Thủ thuật này có chống chỉ định tương đối ở những người có điều trị liệu pháp phóng xạ trên vùng da của cơ thể, do khả năng các cấu trúc phụ của da đã bị phá hủy dẫn tới làm đình trệ quá trình tái tạo thượng bì. Trong những trường hợp này, cần phải kiểm tra sự tồn tại của những sợi lông mảnh để đảm bảo các thành phần phụ của da vẫn toàn vẹn. Nếu tiến hành peel ở bệnh nhân có dùng isotretinoin trong vòng 6 tháng trở lại, thì thời gian lành vết thương sẽ dài hơn và có thể để lại sẹo.

• Nên tránh tiếp xúc nhiều với ánh sáng mặt trời trong những ngày sau khi làm thủ thuật để hạn chế nguy cơ kích hoạt các tế bào melanocyte, tránh tình trạng tăng sắc tố sau viêm.

• Chuẩn bị da trước thủ thuật không thực sự cần thiết trong các peel rất nông, nhưng có thể thực hiện với mục đích ngăn ngừa rối loạn sắc tố. Việc chuẩn bị da nên bắt đầu trước khi làm thủ thuật ít nhất 14 ngày. Nên sử dụng các chất khử sắc tố như hydroquinone và kojic acid phối hợp với retinoids hoặc alpha hydroxyl acid. Những chất này sẽ giúp làm vết thương nhanh lành, hạn chế tăng sắc tố, đặc biệt là những người có phân loại da theo Fitzpatrick IV, V, và VI. Những loại thuốc kể trên nên ngưng từ 3-5 ngày trước thủ thuật để hạn chế ảnh hưởng đến chất peel tránh hóa chất peel xâm nhập xâu hơn ngoài sự mong đợi vào da.

• Để điều trị những tổn thương thượng bì có mức độ dày sừng cao hơn như dày sừng tuyến bã hoặc dày sừng ánh sáng, nên sử dụng đốt điện và áp lạnh nitrogen lỏng như là những điều trị hỗ trợ trước thủ thuật để mang lại kết qua lâm sàng tố hơn.

• Cuối cùng là không nên cạo lông ở những vùng da được điều trị ít nhất 5 ngày sau thủ thuật để tránh gây tổn thương thượng bì, viêm da tiếp xúc dị ứng hoặc viêm da kích ứng nguyên phát. Những vấn đề này sẽ đưa đến mất sự toàn vẹn của da.

• Tại thời điểm tiến hành thủ thuật: Điều quan trọng cần lưu ý là lựa chọn đúng loại chất rửa mặt: lotion rửa mặt nhẹ, alcohol-ether hoặc acetone tinh khiết. Sự lựa chọn này quết định đến khả năng xâm nhập nhiều hơn hay ít hơn của hóa chất peel, đặc biệt đối với những chất có khả năng thấm vào thượng bì cao hơn như TCA.

CÁC HÓA CHẤT PEEL CHÍNH VÀ CHỈ ĐỊNH

Salicylic acid

Salicylic acid là một loại beta hydroxy acid được sử dụng ở nồng độ 20% và 30% trong dung môi ethanol như là một hóa chất peel nông. Acid này có tác dụng tiêu còi mụn, li sừng, và kháng viêm và được sử dụng trong điều trị mụn trứng cá, dày sừng nang lông, và tăng sắc tố sau viêm. Ngoài ra hiệu quả điều trị của nó còn được thấy trong điều trị lão hóa da ánh sáng nhẹ, cấu trúc da không đều, và những nếp nhăn nhỏ (Peterson và

https://nhathuocngocanh.com/

Goldman 2011). Phác đồ điều trị có thể từ ba đến sáu liệu trình với khoảng cách thời gian từ 15-30 ngày tùy thuộc vào chỉ định lâm sàng và mức độ tổn thương. Thường thì sau khi bôi salicylic acid 1-3 phút sẽ xuất hiện lớp tinh thể trắng, đây là dấu hiệu để đánh giá sự đồng nhất khi bôi (hình 1a, b).

Sau đó bệnh nhân sẽ có cảm giác bỏng rát trong vài phút và thấy tê nhẹ ở vùng điều trị. Có thể thấy các điểm frosting (level 1) ở những sang thương mụn viêm. Acid này không cần phải tiến hành trung hòa. Lớp kết tủa trắng quá mức được loại bỏ sau 5-10 phút với nước và lotion rửa mặt. Trong 3-5 ngày sau đó có thể xuất hiện vảy trắng rất mỏng.

Các triệu chứng ngộ độc salicylic mặc dù hiếm có nhưng có thể xảy ra từ nhẹ (thở nhanh, ù tai, không nghe được, chóng mặt, buồn nôn, nôn và đau bụng) cho đến nặng (những thay đổi ở hệ thần kinh trung ương như trong ngộ độc rượu). Do đó, chỉ nên dùng salicylic trên một vùng bề mặt nhỏ như cổ và vùng trước xương ức (Brubacher và Hoffmann 1996). Gần đây có xuất hiện một công thức mới chứa salicylic acid 30% trong dung môi polyethylene glycol (PEG), dung dịch này đã được sử dụng và mang lại hiệu quả lâm sàng tốt ở những tình nguyện viên có tình trạng da bị già hóa, kết quả cho thấy có sự cải thiện cấu trúc da, làm biến mất nhân mụn và mụn viêm ở những bệnh nhân có mụn trứng cá. Nhờ đặc tính ít bay hơi, PEG có ái lực cao hơn với salicylic acid và do đó chỉ nhả salicylic acid ra theo lượng nhỏ ở lớp bề mặt của thượng bì. Ái lực cao này giúp acid ít bị hấp thu hơn và do đó ít gây ngộ độc hệ thống cũng như giảm cảm giác bỏng rát khi bôi (Dainichi 2008). Mặt khác, công thức salicylic acid trong dung môi phenol có tính ưa lipid cao hơn nên có ái lực cao với các đơn vị nang lông tuyến bã hơn nên sẽ làm khô da tốt hơn cho những bệnh nhân bị mụn trứng cá trên vùng thân (Peterson và Goldman 2011).

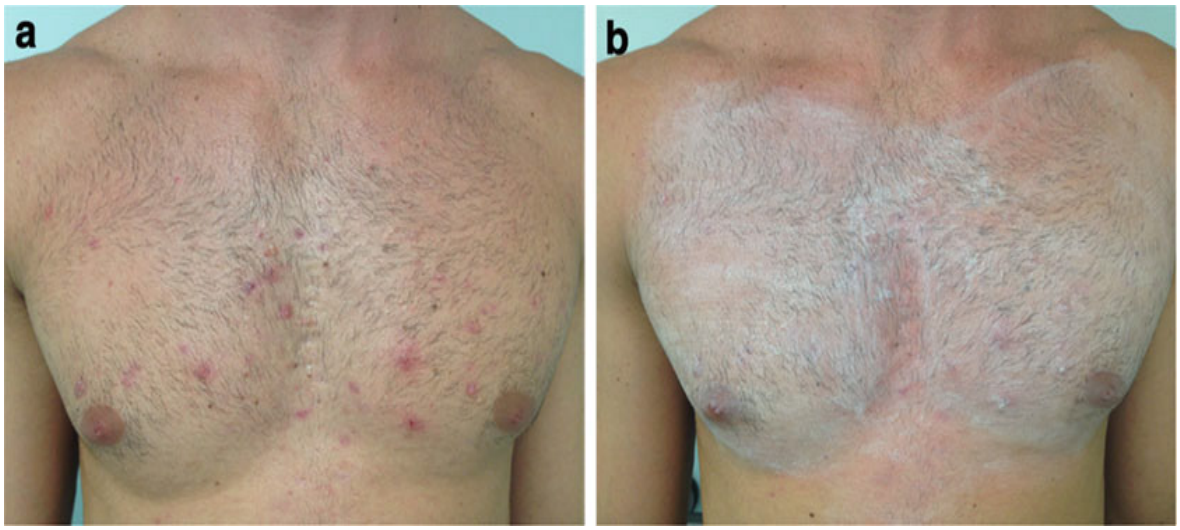
Dung dịch Jessner

Dung dịch Jessner chứa 14% salicylic acid, 14% lactic acid, và 14% resorcin trong ethanol. Dung dịch có hoạt tính li sừng, kháng viêm, và làm sáng da. Tùy thuộc vào số lớp dung dịch được bôi lên bệnh mặt và thể tích được sử dụng, peel da bằng dung dịch Jessner có thể được phân loại từ peel rất nông đến peel trung bình. Khả năng thấm vào da của dung dịch được quyết định một phần nhờ hoạt tính li thượng bì của lactic acid (mặc dù ở nồng độ thấp) và phụ thuộc vào nồng độ pH của dung dịch.

Dung dịch này được sử dụng để điều trị hỗ trợ đối với tình trạng mụn trứng cá viêm ở vùng tăng sắc tố trên thân (trước và sau), đặc biệt ở người có phân loại da tối màu. Trong những trường hợp này, thường nên sử dụng gạc để bôi và tạo một áp lực lên da đặc biệt là vùng da có lớp sừng dày và có nhiều cấu trúc tuyến bã nhờn. Peel dung dịch Jessner còn được chỉ định để điều trị trẻ hóa da vùng cổ, nhưng với số lớp bôi ít hơn (Peterson và Goldman 2011; Brody 1997; hình 2a-c).

Peel dung dịch Jessner ở bệnh nhân thường được dung nạp tốt,

https://nhathuocngocanh.com/



Hình 1: (a, b) Peel salicylic acid 30% trong dung môi ethanol trong điều trị mụn trứng cá viêm. Hình (b) cho thấy lớp kết tủa trắng của acid salicylic.

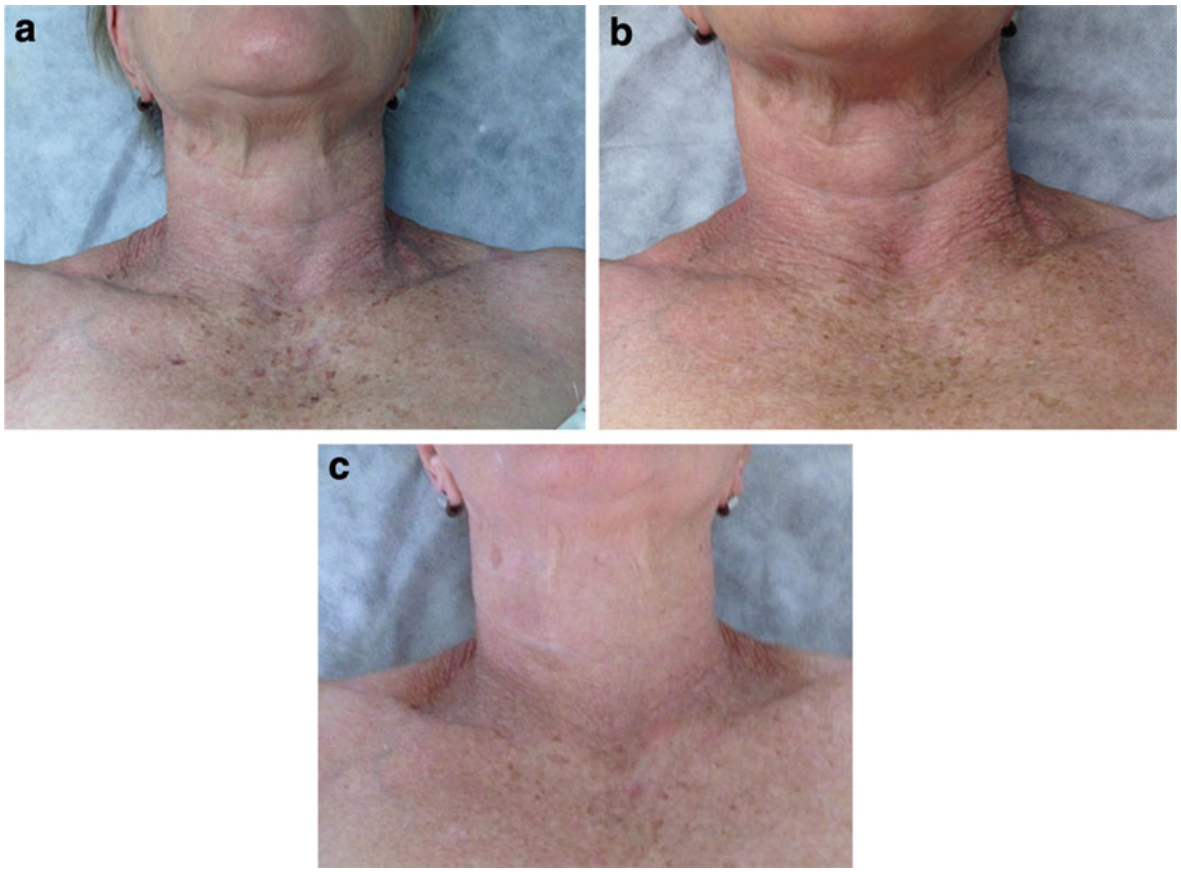
chỉ gây cảm giác châm chính nhẹ đến vừa và kéo dài trong khoảng từ 3 đến 10 phút. Sau khi bôi sẽ xuất hiện một lớp trắng nhẹ trên da do sự kết tủa của salicylic acid, sau đó da sẽ trở nên đỏ với nhiều mức độ khác nhau và xuất hiện vùng frosting nhẹ (level 0-1). Khuyến cáo nên đợi 3-4 phút rồi mới bôi lớp dung dịch mới để có thể đánh giá được mức độ peel đã được tiến hành. Phương pháp peel này không cần phải trung hòa acid. Salicylic acid lắng đọng có thể rửa bằng nước hoặc lotion rửa mặt. Sau đó xuất hiện sự bong tróc các mảng trắng đến nâu từ 3-5 ngày. Nên sử dụng dung dịch Jessner từ 3 đến 6 liệu trình, với khoảng cách thời gian giữa các liệu trình là 2 tuần hoặc 1 tháng.

Peel Jessner được đánh giá là rất an toàn: phản ứng dị ứng (được quyết định bởi mức độ nhạy cảm với thành phần resorcin) có tỉ lệ thấp và ít gây ngộ độc do nồng độ thấp của resorcin và salicylic acid trong công thức. Để tăng thêm tính an toàn, nên tiến hành peel luân phiên giữa các vùng được điều trị và giữa các thủ thuật. Cách này cũng có thể áp dụng cho tất cả các loại peel mà hóa chất peel có thể hấp thu vào hệ thống mạch máu (bảng 1).

Resorcin

Resorcin là một chất an mòn thuộc nhóm phenol, tan cả trong nước và alcohol, được sử dụng trong dung dịch tẩy rửa hoặc hồ dán ở nồng độ từ 10% đến 50%. Trong peel nông body đặc biệt là peel trị mụn ở vùng lưng trước và sau, thì sử dụng resorcin ở nồng độ thấp hơn từ 20% đến 30% sẽ hợp lí hơn. Nó có thể sử dụng phối hợp với sulfur, cả 2 chất đều ở nồng độ 24% trong dung dịch nước cất (Kede 2009). Peel loại này cũng được chỉ định điều trị rối loạn sắc tố, nếp nhăn nhỏ, và tăng sắc tố sau viêm. Cân nhắc

https://nhathuocngocanh.com/



Hình 2: (a-c) Peel dung dịch Jessner (3 lớp) trong điều trị lão hóa ánh sáng mức độ vừa. (a) trước khi làm thủ thuật, (b) sau liệu trình đầu tiên (ngày thứ 14), và (c) sau 2 liệu trình (ngày thứ 400.

Bảng 1: điều trị luân phiên trong peel body

Điều trị luân phiên- peel body			
Khoảng thời gian	Vùng điều trị	Loại peel	Khoảng thời gian/ số liệu trình
Tuần đầu	Ngực và cổ	Dung dịch Jessner, glycolic acid	Hàng tháng hoặc mỗi 2 tháng/ 3-6
Tuần thứ 2	Vùng lưng bàn tay và cẳng tay	TCA, dung dịch Jessner	
Tuần thứ 3	Vai và cánh tay	Salicylic acid	
Tuần thứ 4	Đùi và cẳng chân	Thioglycolic acid	

https://nhathuocngocanh.com/

việc bôi thử trước khi peel vì nó có thể gây viêm da tiếp xúc (Kede 2009). Đối với peel resorcin ở nồng độ cao hơn và trên vùng có diện tích lớn cần phải chăm sóc đặc biệt.

Tretinoin

Tretinoin còn được gọi là retinoic acid là một loại thuốc thuộc nhóm retinoids được sử dụng để peel nông bề mặt. Công thức peel này được pha chế trong một dung dịch màu vàng có tên là propylene glycol; acid được sử dụng ở nồng độ từ 5% đến 12%. Để tăng hiệu quả thẩm mỹ có thể thêm thuốc nhuộm vào trong công thức. Loại peel này được sử dụng rộng rãi trong thẩm mỹ da nhờ có nhiều tác dụng phối hợp như: khả năng làm mỏng và săn chắc lớp sừng thượng bì, khôi phục những tế bào không điển hình của thượng bì, kích thích tân sinh collagen ở lớp bì, tăng lắng đọng glycosaminoglycan, kích thích tái tổ chức các sợi collagen đã bị tổn thương do tiếp xúc với ánh sáng mặt trời, và loại bỏ và phân tán những túi chứa melanin trong các tế bào sừng (keratinocyte) (Kede 2009). Tretinoin được sử dụng chủ yếu để điều trị lão hóa da và những thay đổi da do ánh sáng mặt trời (ví dụ: đốm da Civatte) (Landau 2008), trong điều trị các tình trạng như viêm nang lông sau cạo râu, mụn, vết côn trùng cắn, và nám má không ở vùng mặt, và tổn thương do chấn thương đặc biệt là ở vùng thân và chi. Trong điều trị mụn, có thể phối hợp thêm với việc sử dụng loại retinoin dùng ở nhà để làm tăng việc loại bỏ mụn cũng như ngăn hình thành dày sừng nang lông.

Peel retinoin thường được sử dụng sau thủ thuật vi mài da (microdermabrasion) với tinh thể aluminum oxide (trong thủ thuật này lớp thượng bị được loại bỏ theo cơ chế vật lý). Phương pháp phối hợp này làm tăng hiệu quả điều trị do tăng khả năng thấm vào sâu hơn của acid (Hexsel 2005). Chỉ định điều trị với peel này có thể được mở rộng để điều trị những vết rạn da cũ (có màu trắng ngọc trai) cũng như những vết rạn mới (có màu hồng). Với chỉ định này thì nồng độ retinoic acid nên dùng là 10% bôi và giữ trong khoảng thời gian từ 4-6 h, sau đó rửa với nước (Kede 2009). Peel này được khuyến khích sử dụng sau những thủ thuật như đông điện hoặc cryotherapy (áp lạnh bằng nitrogen lỏng) trong điều trị các bệnh tăng sinh thượng bì như dày sừng tuyến bã, dày sừng ánh sáng, mụn thịt, tăng sản tuyến bã, và bệnh sẩn đen (papulosis nigricans). Các nghiên cứu cho thấy rằng sự phối hợp này giúp vết thương nhanh lành hơn (Hung 1989), làm đồng nhất hóa tone màu của da và cải thiện chất lượng của da sau đó.

Peel tretinoin thường không đau và dễ thực hiện. Acid được bôi bằng tay đeo gang. Thời gian trung bình là khoảng 3-4 ngày da sẽ bong vảy khô và tùy thuộc vào nồng độ và thời gian tiếp xúc với acid. Khoảng cách giữa các liệu trình có thể là mỗi hai tuần hoặc mỗi tháng. Đây là thủ thuật hoàn toàn không đau vì tretinoin không có pH acid đủ để gây đông vón protein ở da. Vì retinoic acid nhạy cảm ánh sáng do đó nên bôi vào buổi chiều tối trong ngày và giữ acid trên mặt trong ít nhất 4-6 tiếng (Landau 2008).

https://nhathuocngocanh.com/

Để đạt kết quả điều trị tốt nhất, có thể tăng dần thời gian tiếp xúc với acid trong mỗi liệu trình từ 4-12h (tối đa). Không khuyến cáo sử dụng loại peel này ở phụ nữ đang có thai và đang trong thời gian cho con bú (hình 3a-c).

Fluorouracil

5 fluorouracil (5-FU) lầ một base pyrimidine được florite hóa thuộc nhóm kháng chuyển hóa hoạt động như một chất ổn định tế bào trong điều trị những bệnh ung thư và tiền ung thư da.

Phương pháp peel với chất này còn được gọi là fluorouracil-pulsed peel và là sự phối hợp của 2 loại chất peel khác nhau, thường là phối hợp thêm với dung dịch Jessner hoặc glycolic acid. Bước đầu tiên là bắt đầu peel với dung dịch Jessner hoặc glycolic acid 70% ở dạng gel lỏng. Nếu bắt đầu với dung dịch Jesner thì nên bôi một hoặc hai lớp đến khi đạt được đỏ da bước đầu (level 0) hoặc có sự kể tủa của salicylic, sau đó không cần phải trung hòa. Nếu là sử dụng glycolic acid thì phải trung hòa với nước hoặc sodium bicarbonate. Bước tiếp theo bôi dung dịch 5-FU 5% trong propylene glycol hoặc dạng kem lên bề mặt da (không quá 500 cm2, khoảng 23 x 23 cm) và lưu lại trên da từ 6-12h.

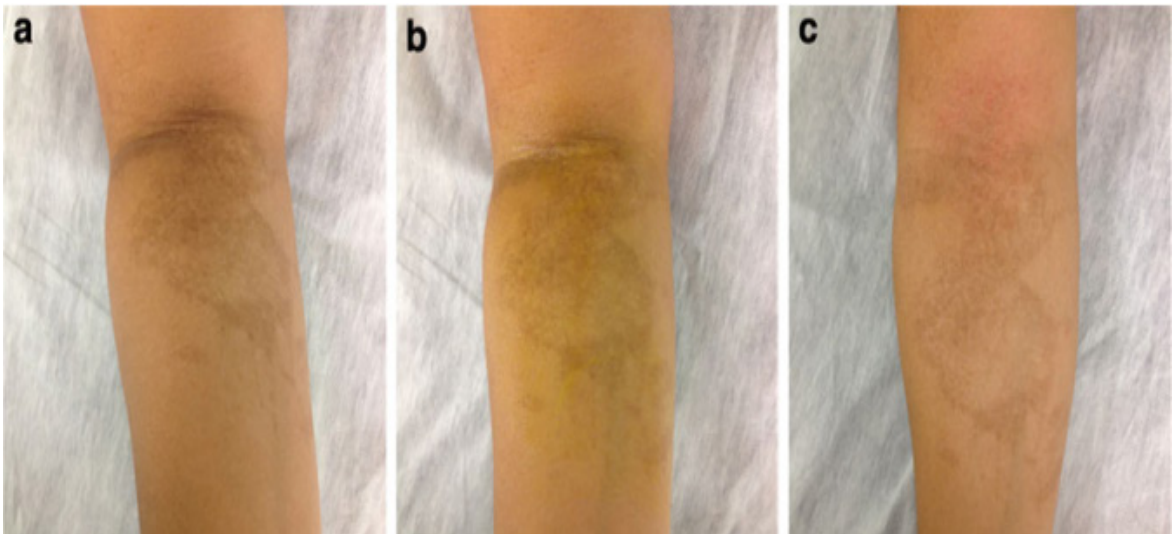
Thủ thuật này được thực hiện hàng tuần hoặc mỗi 2 tuần, với tổng 8 liệu trình nếu điều trị dày sừng ánh sáng đa điểm. Trong một nghiên cứu được thực hiện bởi Katz (1995), phối hợp 5-fluorouracil với peel dung dịch Jessner giúp làm giảm 86% tổn thương được nghiên cứu; trong một nghiên cứu khác , Marrero (1998) đã thu được kết quả tốt nhất là giảm được 92% tổn thương khi phối hợp với glycolic acid 70%.

Glycolic acid

Glycolic acid (GA) có nguồn gốc tự nhiên trong mía, được chiết xuất trong phòng nghiên cứu để sử dụng như là hóa chất peel. Đây là loại acid có kích thước phân tử nhỏ nhất trong các acid thuộc nhóm alpha hydroxy acid. Do đó, so với những loại acid cùng nhóm khác, glycolic acid có khả năng xâm nhập vào da dễ dàng hơn. GA có thể được sử dụng để peel nông hoặc peel rất nông tùy thuộc vào nồng độ được sử dụng, độ pH của công thức và thời gian tiếp xúc với bề mặt da (Clark và Scerri 2008; Fischer 2010). Ở nồng độ 70%, pH thấp hơn 1.0 GA có thể có hoạt tính peel trung bình tùy thuộc vào thời gian tiếp xúc với bề mặt da. Nồng độ GA càng cao, pH càng thấp, và thời gian tiếp xúc với da càng lâu thì peel sẽ càng sâu. Đều này có được do đặc tính sinh khả dụng cao hơn của hóa chất trong những điều kiện trên (Kede 2009).

Peel này được chỉ định như là điều trị hỗ trợ đối với tình trạng lão hóa ánh sáng ở vùng ngoài mặt, mụn viêm, sẹo mụn teo, và trong những rối loạn sắc tố như melasma và tăng sắc tố sau viêm (Clark và Scerri 2008; Takenaka 2012; Callender 2011). Ngoài ra cũng có thể đạt được kết quả lâm sàng tốt khi điều trị viêm nang lông và viêm giả nang lông ở vùng bẹn và mông. Tác dụng của GA có được là do nó có hoạt tính làm săn chắc lớp sừng, làm dày thượng bì, và tăng lắng đọng collagen và mucin ở lớp bì.

https://nhathuocngocanh.com/

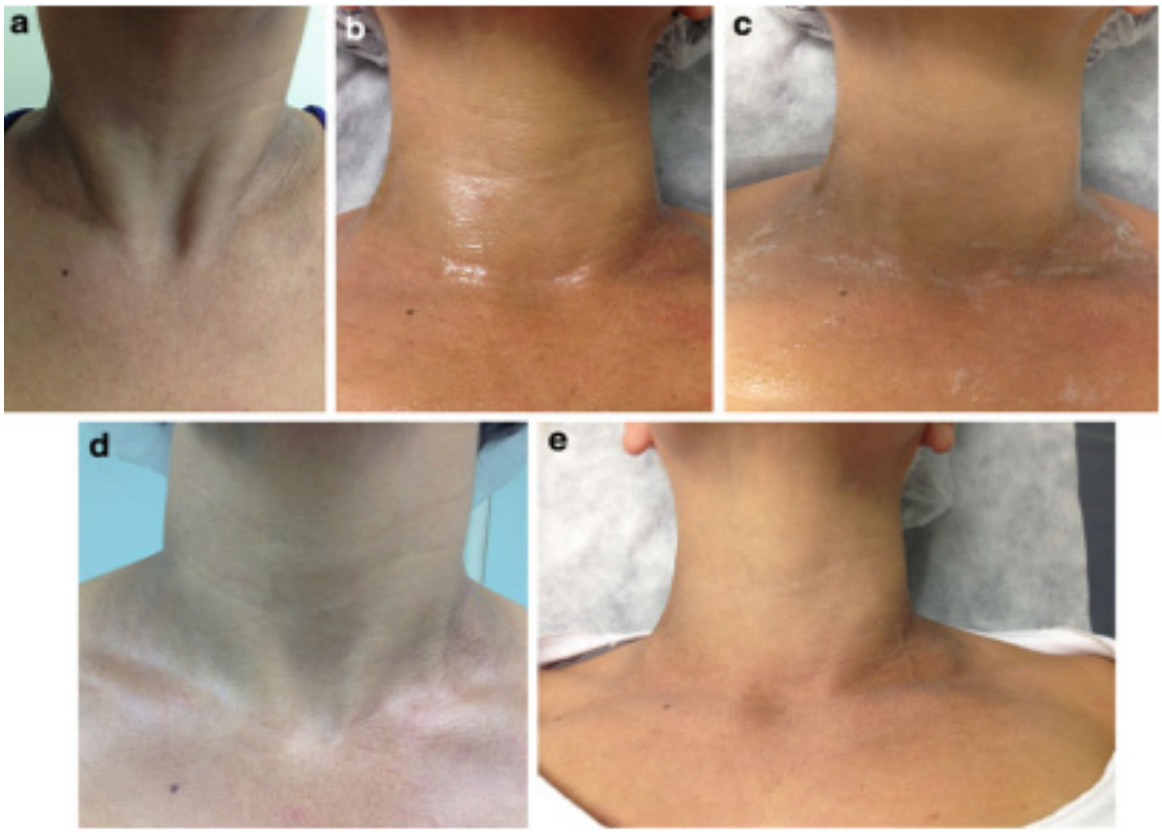


Hình 3: (a-c) Peel tretinoin 5% trong dung môi propylene glycol trong điều trị tăng sắc tố sau viêm do chấn thương. (a) Trước thủ thuật, (b) ngay sau khi làm thủ thuật, và (c) sau liệu trình đầu tiên (ngày thứ 14).

GA được bán trên thị trường ở dạng acid tự do, trung hòa một phần. Các sản phẩm của các công ty khác nhau sẽ có pH khác nhau trong khoảng từ 1.0 đến 3.0. Một vài công thức có độ pH thấp hơn trong khoảng 0.6. Độ pH càng thấp thì lượng acid tự do càng nhiều, cho phép acid xâm nhập vào da càng sâu và quá trình hình thành frosting (lớp phủ trắng như tuyết) càng nhanh và rộng. Lớp frosting này cho thấy được vùng da có sự li giải các tế bào thượng bì, có màu sắc từ trắng cho đến trắng xám tùy thuộc vào khả năng xâm nhập vào da của GA (Clark và Scerri 2008). Ở vùng da có lớp sừng dày, có thể lựa chọn công thức có độ pH thấp hơn (0.6-1.0) để làm tăng khả năng xâm nhập của acid mà không ảnh hưởng đến tính an toàn của thủ thuật. Tất cả các loại peel với alpha hydroxyl acid đòi hỏi phải trung hòa khi đã đạt được độ sâu mong muốn. Có thể trung hòa bằng cách sử dụng các dung dịch kiềm hoặc nước. Nên sử dụng dung dịch sodium bicarbonate 10% ở dạng gel lỏng để trung hòa vì với đặc tính của một dung dịch kiềm nó sẽ gây sủi bọt tại vị trí được trung hòa khi tiếp xúc với pH acid của dung dịch peel, đều này giúp kiểm soát peel tốt hơn để đạt được độ sâu như chúng ta mong muốn.

Nếu peel sau khi làm sạch da hoàn toàn thì nên bôi một lớp mỏng GA. Sau đó nên trung hòa ngay với sodium bicarbonate khi vùng da peel bắt đầu xuất hiện frosting. Nên sử dụng bông tăm để bôi nhằm tránh dung dịch acid xâm nhập quá sâu vào da. Sau đó khi thấy có sự xuất hiện đỏ da rõ và đồng nhất (level 0 -1) thì tiến hành trung hòa toàn bộ vùng da được điều trị. Đỏ da xuất hiện cho thấy acid đã xâm nhập qua lớp sừng và bắt đầu xâm nhập vào lớp hạt (Clark và Scerri 2008; Fischer 2010). Nên bắt đầu liệu trình peel với GA 50% và sau đó tăng lên 70% cho liệu trình tiếp theo. Khả năng dung nạp

https://nhathuocngocanh.com/



Hình 4: (a-e) Peel glycolic acid 70% (pH = 0.6) ở dạng gel để điều trị tăng sắc tố sau viêm. (a) trước khi bôi; (b) ngay sau khi bôi gel trong suốt; (c) xuất hiện sủi bọt sau khi gel được trung hòa bằng sodium bicarbonate; (d) ngay sau khi bôi; (e) sau liệu trình thứ 2 (ngày thứ 60)

của bệnh nhân là rất tốt khi peel GA ở nồng độ cao, bệnh nhân đầu tiên sẽ cảm thấy ấm và sau đó hơi châm chích và cuối cùng là rát nhẹ (hình 4a-d).

Mặc dù phụ thuộc vào thời gian, nhưng sẽ rất không khôn ngoan nếu để điều này xảy ra, thay vào đó cần phải đạt được đỏ da càng đồng nhất càng tốt khi peel. Đặt biệt phải hết sức lưu ý khi peel ở vùng cổ do lớp sừng thượng bì vùng này mỏng hơn do đó acid sẽ xâm nhập vào da một cách nhanh chóng. Ở những vùng này, frosting và sự li giải thượng bì thường xảy ra Đặt biệt phải hết sức lưu ý khi peel ở vùng cổ do lớp sừng thượng bì vùng này mỏng hơn do đó acid sẽ xâm nhập vào da một cách nhanh chóng. Ở những vùng này, frosting và sự li giải thượng bì thường xảy ra nhanh và nhiều hơn, do đó phải giữ sẵn dung dịch trung hòa trên tay để nhanh chóng trung hòa acid. Đặc biệt phải lưu tâm đến những vùng nếp nhăn do những vùng này được bôi lượng acid lớn hơn và thường gây ra những vết hoại tử nhỏ. Kế hoạch điều trị với mục đích này thường phải làm trên 6 liệu trình với khoảng cách giữa các liệu trị là 2 tuần hoặc 4 tuần (Clark và Scerri 2008). GA là một loại peel không độc, do đó không gây ngộ độc hệ thống.

https://nhathuocngocanh.com/

Tuy nhiên, nên sử dụng các sản phẩm của cùng một nhà sản xuất để tránh sự khác biệt về dung môi và độ pH.

Trichloroacetic acid

Trichloroacetic acid (TCA) là một chất ổn định, không đắt và không cần phải trung hòa cũng như không có độc tính hệ thống. Phương pháp peel này có thể dễ dàng được kiểm soát vì độ sâu khi peel được quyết định bởi các thông số lâm sàng liên quan tới mức độ đỏ da, khu vực xuất hiện frosting và sự biến đổi sức căng da như đã được đề cập trong một chương trước đó. Lớp frosting hay lớp màu trắng được tạo ra do khả năng tấn công của TCA, dẫn đến làm biến tính protein và hoại tử các tế bào da. TCA là một loại peel linh động có hiệu quả trong trẻ hóa da vùng cơ thể và tăng sắc tố thượng bì. TCA có thể có nhiều dạng điều chế như được mô tả bên dưới:

Trong dung môi nước cất

TCA trong dung môi nước cất được sử dụng ở nồng độ 10-15% khi peel rất nông các vùng da body; 20-25 % để peel nông và trên 30% để peel trung bình, ở nồng độ 45% hoặc 50% acid này có thể xâm nhập đến lớp bì lưới trên. Ở nồng độ cao như thế này kết quả sẽ khó dự đoán hơn và nguy cơ biến chứng cao khi peel ở cả vùng da mặt và vùng da ngoài mặt (Landau 2008).

Xuất phát từ mối lo ngại về sự xâm nhập quá mức cần thiết của peel, người ta đã phát triển phương pháp peel phối hợp trong đó sử dụng hai hoặc nhiều loại hóa chất peel trong cùng một liệu trình. Hiệu quả của mỗi hóa chất sẽ phối hợp với nhau. Trong phương pháp này thì hóa chất peel đầu tiên được sử dụng thường là một chất ly sừng như dung dịch Jessner hoặc glycolic acid 70%, sau đó tiến hành bôi ngay dung dịch TCA 35% pha trong nước cất. phương pháp phối hợp peel trung bình này đã trở nên rất phổ biến đặc biệt đối với những điều trị ở vùng mặt do phương pháp này dễ thực hiện hơn, kiểm soát tốt hơn mức độ xâm nhập của hóa chất vào da, và đạt được mức độ frosting đồng nhất hơn so với chỉ sử dụng TCA đơn thuần ở nồng độ cao (Monheit 1995; Coleman và Futrell 1994). Một vài chuyên gia đã áp dụng phương pháp phối hợp peel này vào trong điều trị ở các vùng da body với kết quả đạt được khá tốt đặc biệt là những tổn thương lão hóa da mức độ trung bình. Tuy nhiên, để tránh tác dụng không mong muốn, những bác sĩ chưa có kinh nghiệm không nên thực hiện loại peel này.

Trong peel nông phối hợp, người ta sử dụng TCA có nồng độ thấp hơn từ 15% đến 25% được pha trong nước cất để peel sau khi bôi dung dịch Jessner từ một đến hai lớp trước đó. Phương pháp này cho kết quả điều trị tốt đối với các tình trạng tổn thương da do ánh sáng mức độ nhẹ, rối loạn sắc tố, và các đốm nâu trong bệnh poikiloderma of Civatte (Tung and Rubin 2011). Acid TCA trong peel nông có thể xâm nhập đến lớp thượng bì da và đạt được mức độ 1 của hiện tượng frosting (đỏ da kèm các dải nhỏ màu trắng)). Đối với các rối loạn sắc tố nằm sâu và đốm nâu kéo dài, sau khi peel nông phối hợp có thể peel bằng acid TCA nồng độ cao hơn từ 35% đến

https://nhathuocngocanh.com/

50% tùy khu vực của cơ thể. Chỉ nên peel tiêu điểm và khu trú để điều trị riêng biệt các tổn thương với nhau.

Cook và Cook (200) đã mô tả phương pháp phối hợp peel trung bình không dùng cho da vùng da mặt, trong đó peel glycolic acid được sử dụng đầu tiên ở dạng gel 70%, sau đó bôi TCA 40% pha trong nước cất. Dung môi gel đối với glycolic acid là cần thiết bởi vì nó hoạt động như là một rào cản để làm tăng khả năng xâm nhập của TCA. Sau khi đạt được mức độ frosting như mong muốn, thì tiến hành trung hòa với dung dịch sodium bicarbonate 10% để kết thúc quá trình peel.

Ở dạng hồ bột

TCA cũng có thể được sử dụng ở dạng hồ bột với nồng độ từ 10-20%. Hồ bột được bôi bằng cách sử dụng que đè lưỡi. Sau khi bôi xong, cần loại bỏ bớt một phần hồ bột tạo một "cửa sổ" để có thể quan sát đánh giá mức độ xâm nhập của acid do dạng hồ bột đục không thể đánh giá được. Mặc dù "cửa sổ" này không thể đại diện cho toàn bộ vùng da được peel nhưng là một cách chính xác để đánh giá điểm cuối lâm sàng và giúp trung hòa acid đúng lúc. Quá trình trung hòa được tiến hành bằng cách sử dụng dung dịch alcohol để loại bỏ lớp hồ bột TCA. Đây là lựa chọn an toàn và hiệu quả để tiến hành điều trị ở vùng bàn tay và cẳng tay.

Ở dạng gel

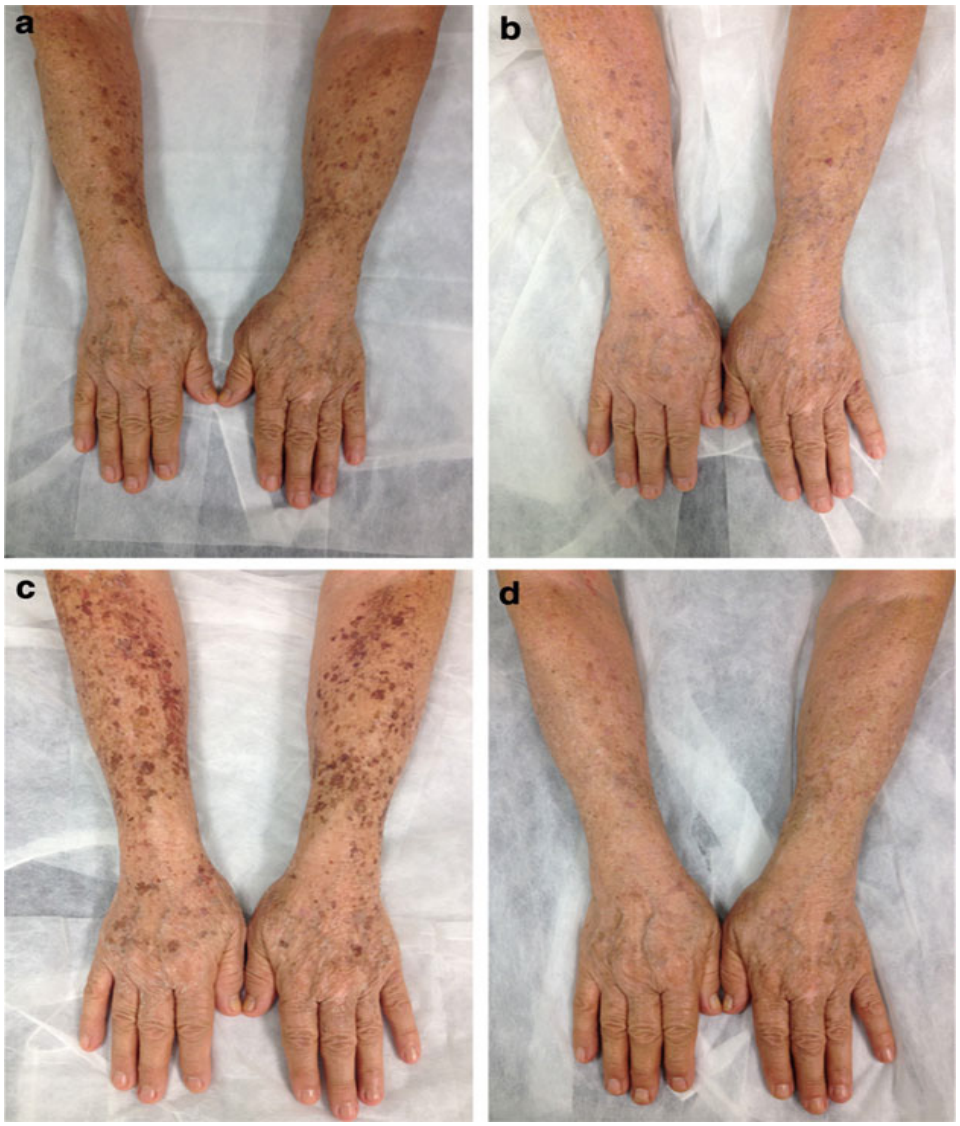
Đây là dạng có nồng độ acid phù hợp nhất khi peel ở vùng body. Peel này sử dụng TCA ở dạng gel trong suốt, độ đàn hồi cao, dễ sử dụng, ít gây tai nạn lúc peel, và cho phép quan sát các hiện tượng da chuyển sang màu trắng và phù nề của toàn bộ vùng da được peel (đây là những yếu tố cần thiết để đánh giá mức độ xâm nhập của acid). Ở dạng gel này thì TCA sẽ được bôi đồng nhất hơn.

Quy trình chuẩn bị da trước peel giống với hướng dẫn trong bài peel TCA, lưu ý là phải ngưng những chất có hoạt tính ly sừng trước khi tiến hành thủ thuật. Acid TCA ở loại peel này được sử dụng ở nồng độ thấp hơn từ 10% đến 20%, phụ thuộc vào độ dày lớp thượng bì cùng vùng cơ thể được peel và mức độ xâm nhập của hóa chất peel muốn đạt được. Phương pháp peel này được chỉ định để điều trị lão hóa da mức độ nhẹ và trung bình phân bố chủ yếu ở vùng trước xương ức, cổ, cẳng tay, và mu bàn tay.

Peel được tiến hành bằng cách sử dụng tay mang găng để bôi một lớp gel mỏng duy nhất (độ dày từ 0.1-0.2 mm) lên vùng được điều trị (Zanini 2007). Nhờ khả năng gây bít tắt của dạng gel, acid xâm nhập nhanh hơn và đồng nhất hơn mà không cần phải bôi nhiều lớp như khi peel acid pha với nước cất (Zanini 2007).

Độ sâu peel thu được khi peel TCA ở dạng gel có thể từ level 0 (đỏ da đồng nhất) khi peel rất nông lớp thượng bì (loại bỏ toàn bộ lớp sừng thượng bì) đến level 1 (xuất hiện frosting từng dải và lốm đốm trên nền đỏ da) khi peel ở mức độ sâu hơn nhằm phá hủy một phần lớp thượng bì hoặc sâu hơn . Khi peel ở da trên vùng cơ thể, nên xem sự xuất hiện của các dải frosting là thông số đánh giá tối đa mức độ xâm nhập của acid. Khác với peel TCA ở dạng pha với nước cất,

https://nhathuocngocanh.com/



Hình 5: (a-d) Peel trichloroacetic acid 20% trong điều trị lão hóa da do ánh sáng. (a) trước thủ thuật, (b) trong quá trình làm thủ thuật (frosting level 1), (c) vảy và mài nâu (ngày thứ 6), và (d) sau liệu trình thứ nhất (ngày thứ 40).

chúng ta sẽ phải loại bỏ ngay càng sớm càng tốt acid khi đạt được điểm cuối lâm sàng cần thiết. Quá trình loại bỏ acid có thể được thực hiện bằng cách sử dụng gạc ẩm có thấm cồn hoặc đơn giản hơn là sử dụng nước để tránh acid xâm nhập sâu quá mức vào da (hình 5a-d).

Điều trị theo phương pháp này có thể hoàn tất với 2 đến 3 liệu trình peel, khoảng cách giữa các lần peel là 45-60 ngày. Peel nồng độ thấp nhiều đợt liên tiếp giúp đạt được kết quả điều trị tốt, ổn định và có thể dự đoán được trong khi khi vẫn đảm bảo tính an toàn với nguy cơ bị rối loạn sắc tố và hình thành sẹo thấp hơn. Thời gian phục hồi sau thủ thuật tương tự như khi peel TCA pha trong dung dịch nước cất hoặc ở dạng hồ bột, trong thời gian này da bong vảy mỏng màu nâu. Cần lưu ý là sự xuất hiện giãn mạch gây ra

https://nhathuocngocanh.com/

bởi TCA trên vùng có diện tích lớn của cơ thể có thể gây hạ huyết áp, nhịp nhanh và ngất.

Thioglycolic acid

Thioglycolic acid là một đại diện của nhóm thioglycolate, đây là những hợp chất đã được sử dụng từ lâu trong ngành công nghiệp làm đẹp để sản xuất thuốc tẩy lông, duỗi tóc và nhuộm tóc (Costa 2010). Acid này còn được gọi là mercaptoacetic acid, trong thành phần của nó có chứa sulfur và có khả năng tan nhiều trong nước và alcohol, và là loại acid dễ bị oxi hóa. Acid này có mùi rất mạnh và đặc biệt. Ái tính của acid này với sắt thương tự như ái tính của nó với apoferritin: nhóm thiol trong thành phần cấu trúc của nó cho phép chelate hóa sắt trong phân tử hemosiderin (Costa 2010). Phương pháp peel này được sử dụng cho những bệnh nhân có phân loại da từ típ I đến IV để điều trị các rối loạn sắc tố có nguồn gốc do melanin hoặc hemosiderin như tăng sắc tố vùng quanh ổ mắt (Costa 2010) và viêm da ochre (Yokomizo 2013).

Ở dạng gel, acid có nồng độ từ 5% đến 12%. Khi peel body để điều trị viêm da ochre ở chi dưới chúng tôi khuyến cáo sử dụng liệu trình điều trị nhiều đợt, mỗi đợt cách nhau 2 hoặc 4 tuần, với nồng độ acid từ 10% đến 12%. Sau khi làm sạch vùng da, tiến hành bôi một lớp gel mỏng (0.1-0.2 mm) bằng tay mang găng. Hiệu quả của peel thioglycolic acid trực tiếp phụ thuộc vào thời gian bôi. Nên tiến hành rửa sạch với nước ngay khi xuất hiện đỏ da hoặc frosting ở level 0. Khi peel bệnh nhân có thể cảm thấy khó chịu kèm với xuất hiện đỏ da rời rạc tại thời điểm bôi. Trong khoảng 3 ngày sau peel, có thể sẽ xuất hiện từ đỏ da nhẹ cho đến bong vảy mỏng màu nâu ở một số điểm, tùy thuộc vào thời gian tiếp xúc với acid. Cần phải đặc biệt lưu ý nguy cơ acid xâm nhập sâu quá mức khi peel ở vùng chi dưới vì vùng này da khó lành hơn vùng khác.

CHĂM SÓC ĐẶC BIỆT SAU THỦ THUẬT

Chúng tôi chia quy trình chăm sóc đặt biệt sau thủ thuật thành 2 giai đoạn: chăm sóc ngay khi kết thúc thủ thuật và chăm sóc những ngày sau thủ thuật.

Chăm sóc ngay kết thúc thủ thuật: peel rất nông vùng body thường không gây đau, nhưng có thể cảm thấy ngứa hoắc hơi nóng rát, những cảm giác này sẽ biến mất trong vài phút. Trong peel nông toàn bộ lớp thượng bì sẽ bị hoại tử, đặc biệt là khi peel bằng TCA, đầu tiên bệnh nhân sẽ cảm thấy nóng, sau đó là cảm giác rát bỏng vừa phải. Có thể đắp gạc lạnh hoặc máy làm mát để giảm cảm giác này cho bệnh nhân.

Chăm sóc những ngày sau thủ thuật: cách làm trong trường hợp này rất giống trong trường hợp peel da ở vùng mặt. Nên giữ sạch vùng da đã được điều trị với xà phòng hoặc lotion rửa đối với da nhạy cảm và nên luôn dưỡng ẩm cho da trong 5-7 ngày với các sản phẩm dưỡng ẩm đặc hoặc lỏng như Vaselin, các loại gel hoặc kem dưỡng ẩm để thay thế cho hàng rào da vốn đã bị tổn thương do peel hóa chất. Quá trình làm ẩm sẽ giúp làm dịu cảm giác đau và bỏng rát sau thủ thuật. Đối với những vùng da tiết nhiều dầu, thì

https://nhathuocngocanh.com/

nên sử dụng các sản phẩm ít chứa dầu trong thành phần. Quy trình chăm sóc này sẽ giúp ngăn ngừa bùng phát tổn thương dạng mụn trứng cá sau thủ thuật.

Hai ngày sau điều trị có thể bắt đầu sử dụng chống nắng phổ rộng (chống cả tia UVA và UVB), ưu tiên sử dụng các sản phẩm có chứa những thành phần chống nắng vật lý trong thành phần của nó. Việc sử dụng chống nắng ngay sau khi làm thủ thuật có thể gây cảm giác bỏng rát; do đó sử dụng chống nắng không có thành phần hóa học nên được chỉ định để tránh gây kích ứng da. Nên tránh phơi nắng trong những ngay sau khi làm thủ thuật, dù đã có sử dụng chống nắng phù hợp thì tốt nhất vẫn nên tránh ánh nắng. Nếu peel ở vùng cẳng tay và bàn tay, chúng tôi khuyến cáo nên ngưng những hóa chất có liên quan đến những hoạt động nội tại như xà phòng và chất tẩy rửa có tính chất mài mòn da, cho tới khi quá trình tái tạo thượng bì hoàn tất.

Những sản phẩm điều trị thoa tại chỗ ở nhà nên bắt đầu sử dụng ngay khi quá trình viêm sau thủ thuật biến mất. Cần lưu ý là phải mặc quần áo rộng rãi, thỏa mái để hạn chế ma sát vào vùng được điều trị.

BIẾN CHỨNG

Nhiễm khuẩn và nấm hiếm khi xảy ra đối với thủ thuật peel rất nông hoặc peel nông body bởi vì thủ thuật này chỉ phá hủy lớp thượng bì mà thôi. Nếu peel để lại những tổn thương sâu không mong muốn thì vùng da đó cần phải được rửa bằng dung dịch acetic acid 0.25% từ 2 đến 4 lần mỗi ngày, sau đó rửa lại bằng nước sạch. Cách này giúp vết thương giảm đóng mài và giảm nguy cơ bị nhiễm trùng. Tuy nhiên nếu bị nhiễm trùng, thì ngay lập tức sử dụng kháng sinh và tiến hành lấy bệnh phẩm nuôi cấy làm kháng sinh đồ. Nếu đều trị kịp thời có thể sẽ làm giảm được những biến chứng có thể xảy ra sau này.

Nếu bệnh nhân có tiền sử tái nhiễm herpes ở vùng da được điều trị hoặc vùng lân cận thì nên tiến hành điều trị dự phòng herpes với acyclovir 200mg, 5 lần mỗi ngày, hoặc valacyclovir 500mg, 2 lần mỗi ngày. Liệu trình điều trị bắt đầu 2 ngày trước thủ thuật và tiếp tục thêm 5 ngày sau khi peel hoặc có thể duy trì cho đến khi quá trình tái tạo thượng bì diễn ra hoàn tất (Tung và Rubin 2011; Anitha 2010).

Nếu có vùng da chậm lành vết thương với biểu hiện lâm sàng là đỏ da kéo dài hoặc xuất hiện những vết loét nhỏ thì nên sử dụng corticosteroid bôi vừa đến mạnh, có thể sử dụng thêm kháng sinh bôi nếu cần thiết. Cách tiếp cận này giúp giảm thiểu tối đa nguy cơ xuất hiện các biến chứng tăng và giảm sắc tố hoặc hình thành sẹo trong tương lai.

KẾT LUẬN

Khi mà peel trung bình ở vùng mặt được xem là một thủ thuật đơn giản thì việc thực hiện thủ thuật này ở vùng da khác trên cơ thể không phải là một là lựa chọn tốt do tỉ lệ biến chứng cao như chậm lành vết thương và thậm chí là sẹo xấu. Do đó khuyến cáo chỉ nên peel nông ở vùng da ngoài vùng mặt và kết quả lâm sàng có thể

https://nhathuocngocanh.com/

Bảng 2: Hóa chất peel body và chỉ định chính.

Hóa chất peel body	Chỉ định
Salicylic acid	Mụn trứng cá, dày sừng nang lông, nám má
Dung dịch Jessner	Tăng sắc tố sau viêm, nám má, da bị tổn thương do ánh sáng
Resorcin	Tăng sắc tố sau viêm
Tretinoin	Da bị tổn thương ánh sáng
5-Fluouracil	Dày sừng ánh sáng
Glycolic acid	Lão hóa da ánh sáng, mụn viêm, sẹo mụn, và rối loạn sắc tố
Trichoroacetic acid	Tổn thương ánh sáng nhẹ, rối loạn sắc tố, poikiloderma of Civatte
Thioglycolic acid	Tăng sắc tố do hemosiderin, viêm da ochre

thấy được sau một vài liệu trình điều trị.

Nên peel da body phối hợp với chăm sóc tại nhà để có thể đạt được kết quả điều trị tốt nhất. Để hạn chế biến chứng và rút ngắn thời gian hồi phục của bệnh nhân, có thể phối hợp peel hóa chất với những công nghệ khác như đông điện hoặc cryotherapy (áp lạnh nitơ lỏng) khi điều trị những tổn thương dày.

Trong những kĩ thuật hiện có, thì peel hóa chất body là một phương pháp điều trị hiệu quả, chi phí thấp và cho kết quả lâm sàng rõ rệt. Do đó với các bác sĩ những người mà chỉ áp dụng điều trị hạn chế các công nghệ như laser và IPL thì nên xem peel da như là một sự lựa chọn thay thế (bảng 2).

GHI NHỚ

• Peel hóa chất cho vùng da ngoài mặt không chỉ được khuyến cáo đối với một số bệnh cụ thể mà còn để hỗ trợ cho các điều trị khác.

• Một vài hóa chất được chỉ định để peel body như salicylic acid, dung dịch Jessner, retinoic acid, glycolic acid, TCA, và thioglyolic acid.

• Thời gian lành vết thương khi peel body dài hơn so với peel da ở vùng mặt.

• Khi mà peel trung bình ở vùng mặt được xem là một thủ thuật đơn giản thì việc thực hiện thủ thuật này ở vùng da khác trên cơ thể không phải là một là lựa chọn tốt do tỉ lệ biến chứng cao như chậm lành vết thương và thậm chí là sẹo xấu.

• Khuyến cáo chỉ nên peel nông ở vùng da ngoài vùng mặt và kết quả lâm sàng có thể thấy được sau một vài

https://nhathuocngocanh.com/

liệu trình điều trị.

• Có thể phối hợp peel hóa chất với những công nghệ khác như đông điện hoặc cryotherapy (áp lạnh nitơ lỏng) khi điều trị những tổn thương dày.

• Peel hóa chất body là một phương pháp điều trị hiệu quả, chi phí thấp và cho kết quả lâm sàng rõ rệt.

• Nên tránh tiếp xúc nhiều với ánh sáng mặt trời trong những ngày trước và sau thủ thuật để hạn chế tối đa nguy cơ hoạt hóa các tế bào sắc tố và làm tăng sắc tố sau thủ thuật.

THAM KHẢO

Anitha B. Prevention of complication in chemical peeling.

J Cut Aesthet Surg. 2010;3(3):186–7.

Brody HJ. Superficial peeeling. In: Brody HJ, editor. Chemical peeling and resurfacing. 2nd ed. St Louis: Mosby Year Book; 1997. p. 73–108.

Brubacher JR, Hoffmann RS. Salicylism from topical salicylates: review of the literature. J Clin Toxicol. 1996;34(4):431–6.

Callender VD, St Surin-Lord S, Davis EC, et al. Post- inflammatory hyperpigmentation. Etiologic and therapeutic considerations. Am J Clin Dermatol. 2011; 12(2):87–99.

Clark E, Scerri L. Superficial and médium-depth chemical peels. Clin Dermatol. 2008;26:209–18.

Coleman WP, Futrell JM. The glycolic acid tri- chloroacetic acid peel. J Dermatol Surg Oncol. 1994;20(1):76–80.

Cook K, Cook JR. Chemical peel of nonfacial skin using glycolic acid gel augmented with TCA and neutralized based on visual staging. Dermatol Surg. 2000;26:11.

Costa IMC, Gomes CM. Peelings médios/Peles clara e negra/Áreas extrafaciais. In: Mateus A, Palermo E, edi- tors. Cosmiatria e laser: prática no consultório médico. 1ath ed. São Paulo: AC Farmacêutica; 2012. p. 167–74. Costa A, Basile AVD, Medeiros VLS, Moisés TA, Ota FS, Palandi JAC. Peeling de gel de ácido tioglicólico 10%: opção segura e eficiente na pigmentação infraorbicular constitucional. Surg Cosmet Dermatol. 2010; 2(1):29–33.

Dainichi T, Ueda S, Imayama S, Furue M. Excellent clin- ical results with a new preparation for chemical peeling in acne: 30% salicylic acid in polyethylene glycol vehi- cle. Dermatol Surg. 2008;34:891–9.

Fischer TC, Perosino E, Poli F, Viera MS, et al. Chemical peels in aesthetic dermatology: an update 2009. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2010;24:281–92.

Hexsel D, Mazzuco R, Dal'forno T, Zechmeister.

D. Microdermabrasion followed by a 5% retinoid acid chemical peel vs. a 5% retinoid acid chemical peel for the treatment of photoaging – a pilot study. J Cosmet Dermatol. 2005;4(2):111–6.

Hung VC, Lee JY, Zitelli JA, Hebda PA. Topical tretinoin and epithelial wound healing. Arch Dermatol. 1989;1255:65–9.

https://nhathuocngocanh.com/

Katz BE. The fluor-hydroxy pulse peel: a pilot evaluation of a new superficial chemical peel. Cosmet Dermatol. 1995;8:24–30.

Kede MPV. Dermatologia estética. São Paulo: Ed Atheneu; 2009.

Landau M. Chemical peels. Clin Dermatol. 2008;26:200–8.

Marrero GM, Katz BE. The new fluor-hydroxy pulse peel. A combination of 5-fluoruracil and glycolic acid. Dermatol Surg. 1998;24:973–8.

Monheit GD. The Jessner's – trichloroacetic acid peel. An enhanced medium – depth chemical peel. Dermatol Clin. 1995;13:277–83.

Peterson JD, Goldman MP. Rejuvenation of the aging chest. A review and our experience. Dermatol Surg. 2011;37:555–71.

Takenaka Y, Hayashi N, Takeda M, et al. Glycolic acid chemical peeling improves inflammatory acne eruptions through its inhibitory and bactericidal effects on Propionibacterium acnes. J Dermatol. 2012;39:350–4.

Tung CR, Rubin MG. Procedures in cosmetic dermatology series: body peeling. In: Chemical peels, vol. 12. 2nded. Philadelphia: Elsevier; 2011. p. 117–22.

Yokomizo VMF, Benemond TMH, Chisaki C, Benemond PH. Peelings químicos: revisão e aplicação prática. Surg Cosmet Dermatol. 2013;5(1):58–68.

Zanini M. Trichloroacetic acid – a new method for an old acid. Med Cut Iber Lat Am. 2007;35(1):14–7.

https://nhathuocngocanh.com/

PHẦN II

NHỮNG VẤN ĐỀ ĐẶT BIỆT TRONG PEEL HÓA CHẤT

https://nhathuocngocanh.com/

Chương 12

Peel Hóa Chất Cho Người Có Da Tối Màu

Katleen Conceicao, Andre Ricardo Adriano, và Tiago Silveira Lima

TÓM TẮT

Những bệnh nhân có da tối màu thường dễ xuất hiện biến chứng sau các thủ thuật điều trị da như laser và peel hóa chất vì loại da này có khả năng đáp ứng viêm cao hơn đối với những kích thích vật lí và hóa học. Trong những phản ứng không mong muốn này, nổi bật nhất là các biến chứng tăng sắc tố, giảm sắc tốt, sẹo lồi và sẹo phì đại. Nhu cầu làm đẹp của những bệnh nhân thuộc phân loại da kiểu này đang ngày càng tăng; do đó các bác sĩ da nên cập nhật kiến thức của họ trong lĩnh vực này. Đối với peel hóa chất, đều quan trọng là phải đánh giá những chất hóa học peel tốt nhất và chống chỉ định của nó, chăm sóc trước và sau thủ thuật, và những chỉ định phù hợp nhất đối với màu da tối. Trong khi ở người da trắng, peel hóa chất chủ yếu được chỉ định để điều trị lão hóa da ánh sáng, thì những người sinh ra ở châu Phi peel hóa chất thường được chỉ định điều trị nám má, tăng sắc tố sau viêm, trứng cá và giả viêm nang râu. Nhìn chung, peel nông và peel rất nông là những loại peel dung nạp tốt với người da đen; peel trung bình có thể tiến hành một cách thận trọng và peel sâu thì nên tránh vì nguy cơ mất sắc tố và sẹo rất cao. Trong số các loại peel hóa chất, những loại peel an toàn và hiệu quả với người da đen gồm peel glycolic acid, salicylic acid, retinoic acid, và dung dịch Jessner. Peel vật lí cũng có thể tiến hành một cách riêng biệt hoặc phối hợp với peel hóa chất.

NỘI DUNG

Giới thiệu
Lịch sử và khái niệm
Các loại peel
Salicylic acid
Glycolic acid
Trichloroacetic acid
Retinoic acid
Dung dịch Jessner
Peel điểm (spot peel)
Chỉ định và mẹo thực hành
Trứng cá và viêm nang lông râu giả
Nám má
Tăng sắc tố sau viêm
Lựa chọn bệnh nhân
Trước khi peel
Thủ thuật peel
Sau peel
Tác dụng phụ
Ghi nhớ
Tham khảo

https://nhathuocngocanh.com/

GIỚI THIỆU

Các bác sĩ da liễu cần thiết phải biết được những điểm khác nhau ở bệnh nhân da đen và da trắng liên quan đến sinh lí học của da, giải phẫu cơ thể, quan điểm về cái đẹp, nét riêng biệt về văn hóa và mong muốn của bệnh nhân. Nhìn chung, tất cả bệnh nhân đều mong muốn có làn da trơn lán, tươi tốt, đồng đều, không có nếp nhăn và đồng nhất về màu sắc.

Dân số người da đen trên thế giới tăng lên hàng ngày. Ở Mỹ, ước tính sẽ có gần 50% dân số là người da đen vào năm 2050 (đồng thuận Mỹ 2000), và số lượng người da đen đến từ châu Phi ở anh gấp đôi giữa năm 2001 và 2011. Mặc dù phần lớn dân số thế giới là người có phân loại da tối màu nhưng đại đa số những nghiên cứu khoa học về peel hóa chất liên quan đến người da trắng (Salam 2013).

Nhu cầu sử dụng các thủ thuật thẩm mỹ ngày càng tăng dần cùng với sự ra đời của những công nghệ mới, những phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả hơn, và những kĩ thuật ít xâm lấn hơn. Trong số các thủ thuật không xâm lấn thì peel hóa chất là phương pháp điều trị ít tốn thời gian, hiệu quả và giá thành thấp. Phương pháp này rất hiệu quả trong điều trị mụn trứng cá, vết rạn da, nếp nhăn, sẹo và điều trị trẻ hóa da. Nhu cầu peel hóa chất ở những bệnh nhân có da tối màu cao vì họ có tỉ lệ cao những bệnh có thể được điều trị và cho kết quả tốt với peel hóa chất. Tuy nhiên, cần phải sử dụng loại hóa chất, nồng độ và kĩ thuật phù hợp để điều trị những bệnh đó vì da tối màu có nguy cơ cao xuất hiện những biến chứng tạm thời hoặc vĩnh viễn như giảm sắc tố, tăng sắc tố và tạo sẹo.

Nhiều nghiên cứu cho thấy rằng bệnh nhân có da tối màu (có phân loại da từ IV đến VI theo Fitzpatrick) xuất hiện tổn thương ánh sáng (nếp nhăn) muộn hơn 10-20 năm và ít nghiêm trọng hơn so với người da trắng (Roberts 2004). Măc khác, họ lại có nhiều rối loạn sắc tố hơn do bức xạ mặt trời. Do đó, ở người da trắng, peel chủ yếu dùng để điều trị nếp nhăn, còn những người sinh ra ở châu Phi thường tìm đến peel để điều trị nám má, tăng sắc tố sau viên, trứng cá, và viêm lỗ chân râu giả (Roberts 2004).

LỊCH SỬ VÀ KHÁI NIỆM

Một trong những sự kiện lịch sử đầu tiên về dùng peel hóa chất liên quan đến Cleopatra, một nữ hoàng nổi tiếng của Ai cập cổ đại thường tắm với sữa chua để điều trị da. Dù chưa có kiến thức tại thời điểm đó, thì việc điều trị này có thể liên quan đến lactic acid (alpha- hydroxiacid) có trong sữa. Cũng có một trường hợp được báo cáo rằng một phụ nữ châu Phi khác đã từng sử dụng muối, đá bọt, và nước tiểu để peel da (Roberts 2004).

Peel da được định nghĩa là việc gây tổn thương vật lí hoặc hóa học có kiểm soát lên các lớp bề mặt của da để kích thích tái sinh mô mới. Peel hóa chất là phương pháp điều trị rẻ, dễ tiếp cận, và có hiệu quả cao đối với da đen. Nhìn chung, peel nông và rất nông có thể dung nạp tốt ở người da đen; peel trung bình có thể tiến hành một cách thận trọng và peel sâu thì nên tránh vì nguy cơ mất sắc tố và sẹo rất cao

https://nhathuocngocanh.com/

Bảng 1: hóa chất peel được sử dụng ở người da đen

Hóa chất peel nông (từ lớp thượng bì đến lớp bì nhú trên)
Dung dịch glycolic acid 30-50% hoặc gel glycolic 70%
Dung dịch Jessner
Salicylic acid 20-30% trong ethanol
Tretinoin 1-7%
Trichloroacetic acid 10-35%
Hóa chất peel trung bình (thượng bì đến lớp bì lưới trên)
Dung dịch glycolic acid 70%
Dung dịch Jessner + Trichloroacetic 35%
Phenol 88% (không gây bít tắt)
Trichloroacetic acid 35-50%
Trichloroacetic acid 25-35% + gel glycolic 70%
Peel sâu không nên sử dụng ở bệnh nhân có phân loại da Fitzpatrick từ IV-VI

(Salem 2013; Davis và Callender 2011).

Có nhiều nghiên cứu về peel hóa chất ở người da đen đã báo cáo về việc sử dụng glycolic acid cho kết quả tốt và an toàn. Ngoài ra cũng có những báo cáo cho kết quả tốt khi khi sử dụng TCA 10-20%, và dung dịch Jessner + TCA 15%, với dung dịch lactic acid và dung dịch salicylic acid 20-30% (Al-Waiz và Al-Sharqi 2002; Sarkar 2012; Khunger 2004). Grimes (1999) đã tiến hành một nghiên cứu về sử dụng peel salicylic acid 20-30% cho những bệnh nhân có da đen. Ng-hiên cứu đưa ra đánh giá điều trị có hiệu quả tốt đối với nám má, nhưng khoảng 16% bệnh nhân xuất hiện tác dụng không mong muốn tạm thời và được giải quyết trong 7-14 ngày.

Sarkar và cộng sự (2012) đã đề xuất kết hợp mandelic acid với salicylic acid trong cùng một công thức peel cho da tối màu vì họ cho rằng sự phối hợp này làm tăng hiệu quả điều trị và làm giảm tác dụng phụ. Những tác giả này cũng ủng hộ sử dụng peel da bằng phytic acid. Không phụ thuộc vào loại peel được dùng để điều trị nám má ở người da tối màu, tỉ lệ tái phát ở những người này là rất cao; do đó cần phải peel nhiều đợt và sử dụng chất làm trắng thường xuyên.

Những loại peel hiệu quả trong y văn sử dụng cho người có da tối màu được mô tả trong bảng 1 (Salam 2013; Roberts 2004; Been và Mangat 2014; Rullan và Karam 2010).

https://nhathuocngocanh.com/

CÁC LOẠI PEEL

Salicylic acid

Salicylic acid là một loại beta-hydroxy acid tan trong dầu, chất này có thể lột được các lớp nông bề mặt da nhờ tác dụng ly sừng và tiêu nhân mụn. Acid này cũng có thể được sử dụng phối hợp với các loại peel khác nhằm làm tăng khả năng thấm của chất peel thứ 2 đó. Thường thì chúng ta sử dụng dung dịch salicylic acid 20-30% trong dung môi nước-cồn (hydroalcohol). Peel salicylic acid chỉ định tốt trong điều trị trứng cá đối với cả tổn thương có viêm và không viêm, cũng như các tổn thương tăng sắc tố sau viêm. Ngoài ra còn được chỉ định trong các loại tăng sắc tố sau viêm khác như nám má và dày sừng sắc tố. Quá trình peel sẽ gây cảm giác bỏng rát nhưng ở mức bệnh nhân chấp nhận được. Điểm cuối lâm sàng trong peel salicylic acid là sự xuất hiện đỏ da đồng nhất và lớp kết tủa trắng trên bề mặt. Trong peel này không cần phải trung hòa acid sau peel mà chỉ cần đắp khăn lạnh để làm bệnh nhân cảm thấy dễ chịu hơn. Trong quá trình thủ thuật bệnh nhân có thể ho và hắt hơi (Salam 2013; Roberts 2004; Grimes 1999).

Glycolic acid

Đây là một loại alpha-hydroxiacid và giống như những hợp chất khác trong cùng nhóm như lactic, citric, mandelic, malic và tartaric acid thì peel glycolic acid có khả năng gây li giải thượng bì trong vòng vài phút sau khi bôi, từ đó kích thích lột da và giảm melamin thượng bì. Điểm cuối lâm sàng trong peel này đạt được khi xuất hiện đỏ da đồng nhất (thấy rõ hơn ở bệnh nhân da trắng), hoặc khi có điểm frost (kết tủa màu trắng của protein bề mặt do ly giải thượng bì) đầu tiên. Đo đó, thời điểm trung hòa acid tốt nhất là 2-3 phút sau khi bôi acid. Nên trung hòa acid với dung dịch sodium bicarbonate 1% hoặc với dung dịch saline, hoặc với nước. Tác dụng của peel da bằng glycolic acid phụ thuộc vào thời gian peel. Nồng độ acid được dùng từ 10% đến 70% (Roberts 2004).

Peel glycolic acid được chỉ định trong điều trị mụn nhờ chứa các thành phần chống viêm và tác dụng diệt vi khuẩn P. acnes. Sau khi peel glycolic acid da sẽ giảm tổn thương mụn (nhân mụn, sẩn, mụn mủ) cũng như giảm sắc tố da. Nhiều nghiên cứu cho thấy rằng peel glycolic acid ở nồng độ 70% có thể đẩy nhân mụn và mụn mủ ra trong vòng vài phút (Salam 2013). Loại peel này ít có hiệu quả trong điều trị nám nông và nám hỗn hợp và tăng sắc tố sau viêm. Khi peel glycolic acid một số nhỏ bệnh nhân có nguy cơ cao hơn bị kích ứng, giảm sắc tố và tăng sắc tố sau peel. Để giảm kích ứng da, nên sử dụng glycolic ở dạng gel hơn là dạng dung dịch và sử dụng chất đệm có pH cao hơn. pH của acid khi chưa đệm từ 0.08 đến 2.75. pH thấp hơn 2 làm tăng chỉ số hoại tử và tăng phá hủy tế bào sừng. Và ngưỡng pH này làm tăng tỉ lệ biến chứng mà không làm tăng hiệu quả điều trị. Do đó, chúng tôi khuyến cáo sử dụng những sản phẩm đệm hoặc ít nhất là đệm một phần (Roberts 2004).

https://nhathuocngocanh.com/

Trichloroacetic acid

Loại acid này làm biến tính protein, gây hoại tử đông và giết chết tế bào. Mức độ hoại tử phụ thuộc vào nồng độ và số lớp acid được bôi. Chúng ta gần như không thể trung hòa acid này vì protein bị biến tính được quan sát thấy chỉ trong vài giây. Trên lâm sàng sự biến tính của protein được biểu hiện bởi sự xuất hiện của các vùng màu trắng được gọi là "frosting". Tùy thuộc vào độ sâu của peel, mà những vùng màu trắng-sám với các mức độ khác nhau xuất hiện trên nền da đỏ. Đối với da tối màu thì không mong muốn có sự xuất hiện của lớp frost do đó khuyến cáo dùng trichloroacetic acid có nồng độ dưới 25%. Peel với trichloroacetic acid rất đau và có cảm giác bỏng rát nặng (Salam 2013; Roberts 2004).

Al-Waiz và Al-Sharqi (2002) đã tiến hành một nghiên cứu trong đó người ta peel dung dịch Jessner ngay lập tức sau khi peel bằng TCA 35% để điều trị sẹo trứng cá ở 15 bệnh nhân da tối màu. Nghiên cứu cho thấy có sự cải thiện rõ rệt (loại bỏ được hơn 75% tổn thương) ở 1 bệnh nhân, cải thiện ở mức độ trung bình (loại bỏ được 51-75% tổn thương) ở 8 bệnh nhân và cải thiện mức độ nhẹ (26-50%) ở 4 bệnh nhân, cải thiện rất ít (1-25%) ở 1 bệnh nhân và có 1 bệnh nhân không đáp ứng. Chín bệnh nhân (73,4%) xuất hiện tăng sắc tố sau viêm thoáng qua. Hai trong số họ xuất hiện đỏ da sau đó và kéo dài hơn 1 tháng. Tất cả bệnh nhân phục hồi hoàn toàn sau 3 tháng làm thủ thuật. Vì hiệu quả tương đối thấp và nguy cơ lại khá cao nên chúng tôi khuyến cáo không nên peel trichloroacetic ở bệnh nhân da tối màu.

Retinoic acid

Vitamin A có tác dụng kích thích sản sinh collagen. Nồng độ retinoic acid trong peel từ 1% đến 9%. Acid này được bôi như đắp mặt nạ da và giữ trên da mặt từ 4 đến 8h. Sau khoảng thời gian này thì nên dùng sữa rửa mặt để loại bỏ acid trên mặt (Salam 2013). Sau 3-4 ngày vảy bắt đầu tróc và kéo dài trong 2 đến 3 ngày. Cách này hiệu quả trong điều trị mụn, rối loạn sắc tố và giúp trẻ hóa da. Peel này rất an toàn đối với người có phân loại da tối màu và không gây khó chịu trong quá trình tiến hành thủ thuật. Dung dịch retinoic acid có màu vàng canary, nhưng thường được trộn với dung môi có màu để tạo thành dung

Hình 1: peel retinoic acid trong dung môi màu

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 2: peel điểm bằng dung dịch Jessner

dịch có tính thẩm mỹ cho phép bệnh nhân ra khỏi phòng khám ngay khi xong thủ thuật (hình 1).

Dung dịch Jessner

Dung dịch Jessner chứa lactic acid, salicylic acid, và resorcinol. Dung dịch này có tác dụng tốt khi peel nông hoặc phối hợp với các loại peel khác. Ưu điểm lớn nhất của loại peel này là tác dụng đồng vận của 3 thành phần có khả năng li sừng. Dung dịch này có hoạt tính làm trắng nhờ vào resorcinol, và nhờ trong thành phần có chứa phenol (Roberts 2004). Tuy nhiên, cần phải chăm sóc cẩn thận và lưu ý khi sử dụng loại peel này ở bệnh nhân có phân loại da V và VI vì resorcinol có thể làm mất sắc tố ở những bệnh nhân này. Điểm cuối lâm sàng trong peel dung dịch Jessner là xuất hiện đỏ da đồng nhất kèm với đốm trắng (tương tự như peel salicylic acid) nhưng chưa tới mức xuất hiện frosting. Không cần phải trung hòa khi peel dung dịch này. Khi peel bệnh nhân sẽ có cảm giác bỏng rát, nếu phản ứng quá mức xảy ra thì nên ngưng peel ngay (hình 2).

Peel điểm

Trong một vài trường hợp chúng ta có thể peel tập trung tại một vị trí. Trong trường hợp này chúng ta chỉ bôi hóa chất lên một vùng nhỏ tại chỗ và giữ cho những vùng da xung quanh không bị tổn thương. Đây là phương pháp rất hữu ích trong điều trị các chấn thương tại chỗ, như tăng sắc tố, đốm nâu ánh sáng, dày sừng tuyến bã, mụn viêm, hoặc sẹo mụn (Burns 1997). Hóa chất peel được sử dụng nhiều nhất cho mục đích này là salicylic acid (20-30%), dung dịch Jessner và TCA (20-30%). Ta cũng có thể phối hợp 2 loại hóa chất khác nhau, trong đó một hóa chất để peel điểm và một loại hóa chất khác để peel phần còn lại của khuôn mặt. Ngoài ra chúng ta cũng có thể sử dụng một loại hóa chất với nhiều nồng độ khác nhau, sử dụng nồng độ cao hơn ở vị trí peel điểm và nồng độ thấp hơn trên phần còn lại của khuôn mặt (Salam 2013; Roberts 2004; Al-Waiz và Al-Sharqi 2002).

Chun và cộng sự (2004) đã báo cáo những trường hợp thành công khi điều trị peel TCA (10-65%) cho những tổn thương sắc tố (đốm nâu ánh sáng, nám má, tàn nhang) ở những bệnh nhân có phân loại da từ IV-VI. Điều trị dày sừng tuyến bã và đốn nâu cho kết quả tốt nhất, và điều trị nám má có tỉ lệ tái phát cao hơn. Hóa chất được bôi bằng cách dùng tăm đặt một áp lực vào tổn thương. Rất ngạc nhiên, không

https://nhathuocngocanh.com/

có tác dụng phụ nặng được báo cáo khi sử dụng ở nồng độ cao hơn.

CHỈ ĐỊNH VÀ MẸO THỰC HÀNH

Mụn trứng cá và viêm giả nang lông vùng râu

Peel điều trị mụn và viêm giả nang lông vùng râu được chỉ định dựa vào khả năng ly sừng, kháng viêm và làm sáng da của những thành phần của chất peel. Peel hóa chất trong điều trị trứng cá là lựa chọn tốt vì phương pháp này không chỉ giúp giải quyết những mụn viêm mà còn giải quyết luôn tình trạng tăng sắc tố sau viêm.

Nếu không có tổn thương viêm, có thể tiến hành peel kim cương hoặc tinh thể vật lí trước khi peel hóa học. Chúng ta có thể phối sử dụng phối hợp (peel vật lí + hóa học) với salicylic acid 20% hoặc dung dịch Jessner.

Một lựa chọn điều trị khác là bôi salicylic acid ở nồng độ cao hơn (30%) lên từng mụn viêm.

Thêm một phương án nữa là peel dung dịch retinoic acid dưới 7% và lưu lại trên da từ 4-6 tiếng.

Peel alpha-hydroxyacid được báo cáo là một lựa chọn điều trị tốt; tuy nhiên cần phải tiến hành trung hòa sau peel do đó, người lựa chọn phương pháp này nên là những bác sĩ đã có kinh nghiệm tốt.

Nám má

Nám má là một trong những bệnh phổ biến đối với bệnh nhân ở châu Phi. Tỉ lệ bệnh này lớn nhất là ở những người có phân loại da IV đến VI theo phân loại của Fitzpatrick, chủ yếu là người châu Phi, người Mỹ gốc Phi, Tây Ban Nha và người châu Á.

Dung dịch Jessner được chỉ định dùng riêng lẻ hoặc phối hợp với các loại peel khác.

Chúng tôi có nhiều kinh nghiệm trong phương phương pháp peel gọi là Cimel, và ưa chuộng sử dụng công thức Cimel điều chỉnh gồm chứa 3% hydroquinone, 3% kojic acid, 3% retinoic acid, 3% lactic acid, 9% salicylic acid, 3% ascorbic acid, và 1% trong thành phần gel kem đệm.

Một lựa chọn khác là peel đệm glycolic acid (70%) riêng lẻ hoặc phối hợp với retinoic acid 3-7%.

Tăng sắc tố sau viêm

Chúng tôi có nhiều kinh nghiệm điều trị vấn đề này bằng cách sử dụng peel nông phối hợp giữa salicylic acid với retinoic acid.

Khuyến khích sử dụng những chất làm trắng và chống nắng hằng ngày ở nhà.

Bảng 2 và 3 đưa ra mức độ bằng chứng và độ mạnh của khuyến cáo đối với rất nhiều chất peel khác nhau đối với da màu dựa vào những y văn hiện nay (Roberts 2004; Sarkar 2012; Rullan và Karam 2010).

https://nhathuocngocanh.com/

Bảng 2: Mức độ bằng chứng và độ mạnh khuyến cáo đối với các hóa chất peel khác nhau cho người da màu.

Peel glycolic acid II-I A
Dung dịch Jessner II-iii B
Peel lactic acid II-iii B
Peel phytic acid III C
Peel pyruvic acid III C
Peel salicylic acid II-iii B
Peel trichloroacetic acid II-iii B

Bảng 3: Mức độ chứng cứ trong phân loại các thử nghiệm lâm sàng của Lực lượng phòng ngừa dịch vụ đặc biệt Hoa Kỳ (USPSTF)

Mức độ chứng cứ
I chứng cứ thu được từ ít nhất một thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng được thiết kế một cách hợp lí
II-i chứng cứ thu được từ một thử nghiệm lâm sàng có đối chứng được thiết kế rất tốt nhưng không ngẫu nhiên
II-ii chứng cứ thu được từ một nghiên cứu cohort hoặc nghiên cứu phân tích trường hợp có đối chứng, loại nghiên cứu đa trung tâm.
II-iii chứng cứ thu được từ quan sát chuỗi thời gian có hay không có sự can thiệp; kết quả khác biệt trong thử nghiệm không đối chứng cũng có thể được phân loại ở mức độ này.
III ý kiến của những tác giả có uy tín dựa vào kinh nghiệm lâm sàng, nghiên cứu mô tả hoặc báo cáo của các hội đồng chuyên da.
IV không đủ chứng cứ do lỗi phương pháp nghiên cứu (ví dụ: kích thước đơn giản, hoặc độ dài theo dõi khoog đủ hoặc mâu thuẫn bằng chứng)
Độ mạnh khuyến cáo
A có chứng cứ mạnh ủng hộ việc sử dụng thủ thuật
B có chứng cứ trung bình ủng hộ việc sử dụng thủ thuật
C có chứng cứ yếu ủng hộ việc sử dụng thủ thuật
D có chứng cứ trung bình phản đối việc sử dụng thủ thuật
E có chứng cứ mạnh phản đối việc sử dụng thủ thuật.

https://nhathuocngocanh.com/

LỰA CHỌN BỆNH NHÂN

Bệnh nhân cần phải hợp tác và cần hiểu toàn bộ những bước tiến hành thủ thuật bao gồm chăm sóc trước và sau thủ thuật. Toàn bộ lợi ích và tác dụng phụ, cũng như hạn chế của thủ thuật nên được giải thích kĩ cho bệnh nhân để tránh những kì vọng không thực tế từ bệnh nhân (Roberts 2004; Rullan và Karam 2010).

Bác sĩ nên lưu ý hoặc không chỉ định peel hóa chất ở những bệnh nhân có da tối màu, những người có tiền sử gia đình có sẹo phì đại hoặc sẹo lồi. Peel hóa chất không phải là chỉ định tốt đối với những bệnh như viêm da tiếp xúc, viêm da tiết bã, trứng cá đỏ, da nhạy cảm, bạch biến, và vảy nến. Những người hút thuốc có thời gian hồi phục da chậm. Chống chỉ định ở những bệnh nhân đã xạ trị, có phẫu thuật và sử dụng retinoid uống gần đây vì ảnh hưởng đến quá trình biến chuyển collagen. Peel được tiến hành 6-12 tháng sau khi ngưng dùng retinoid đường uống để tránh ảnh hưởng đến quá trình lành vết thương của da. Cần hỏi kĩ bệnh nhân xem họ có đang dùng thuốc nhạy cảm ánh sáng (cyclins, amiodarone, thiazides, thuốc chống trầm cảm 3 vòng, NSAIDs) không vì có thể làm tăng sắc tố sau thủ thuật (Salam 2013; Roberts 2004; Rullan và Karam 2010).

TRƯỚC KHI PEEL

Bệnh nhân nên được khuyên sử dụng chống nắng và chất làm trắng như hydroquinone, retinoic acid, glycolic acid, hoặc bộ ba phối hợp hydroquinone+retinoic acid+ corticosteroid (công thức Kligman) với mục đích chuẩn bị da trước peel trong ít nhất 2 tuần trước thủ thuật. Những sản phẩm này có thể ngưng 3 ngày trước thủ thuật. Không nên tẩy da chết và triệt lông trong vòng 7 ngày trước thủ thuật. Việc tuân thủ những lời khuyên trên sẽ làm giảm biến chứng đặc biệt là rối loạn sắc tố sau viêm. Nếu bệnh nhân có lịch sử tái phát bệnh herpes thì nên dự phòng cho bệnh nhân với thuốc kháng virus, như valacyclovir 500mg- 12/12 h trong 5 ngày, bắt đầu từ 2 ngày trước khi điều trị. Bệnh nhân cần kí xác nhận vào phiếu đồng ý, trong phiếu phải ghi rõ lợi ích và những nguy cơ của thủ thuật. Chụp ảnh trước và sau điều trị là công cụ hữu ích để đánh giá kết quả, tránh những phàn nàn có thể về thủ thuật.

THỦ THUẬT PEEL

Nên lựa chọn peel theo chỉ định. Tuy nhiên, vì nhiều loại peel nông có thể mang lại hiệu quả lâm sàng tương tự nhau, bác sĩ nên lựa chọn loại peel mà họ có nhiều kinh nghiệm sử dụng hơn để tránh tác dụng phụ. Chúng tôi khuyến cáo sử dụng tất cả những loại peel đã được đề cập đến trước đó, ngoại trừ trichloroacetic acid, và phải nhớ rằng không khuyến cáo sử dụng peel sâu đối với người có phân loại da mức V và VI.

Đầu tiên, da phải được rửa sạch để tẩy trang, loại bỏ kem chống nắng, mỹ phẩm và tẩy nhờn da nhằm chuẩn bị cho quá trình bôi hóa chất. Bệnh nhân nên rửa mặt với xà phòng hoặc sửa rữa mặt không chứa xà phòng và nước, sau đó tẩy toàn bộ những phần cặn còn lại bằng gạc thấm cồn,

https://nhathuocngocanh.com/

acetone hoặc Hoffman lỏng, di chuyển gạc liên tục, mạnh cho đến khi da sạch và hết nhờn. Tùy thuộc và số lần chùi và lực tay, bước này cũng có thể giúp loại bỏ lớp tế bào rất nông của lớp sừng. Điều này giúp hóa chất peel có thể thấm đồng nhất vào da.

Để tránh gây viêm vùng quanh mắt, mũi hoặc môi, nên bôi petrolatum hoặc các loại kem khác ở vùng này trước thủ thuật, chủ yếu là trong peel salicylic acid. Trong quá trình peel nên trùm tóc bằng mủ trùm tóc.

Có thể chuẩn bị hóa chất peel trong các loại dung môi khác nhau và được bôi theo cách tùy thuộc vào sở thích của người bác sĩ như bôi bằng tay đeo găng, tăm bông, vật làm bằng gỗ (như tăm và que đè lưỡi). Với dung môi đặc có thể bôi bằng găng. Hầu hết các công thức được chuẩn bị trong dung môi là nước hoặc dạng cồn-nước, do đó tăm bông và gạc thường được sử dụng để bôi hơn. Khi peel, nên chia mặt thành các vùng giải phẫu và bắt đầu bôi ở vùng trán, đến vùng má và mũi, cuối cùng là vùng cằm.

Như chúng ta đã biết, độ sâu của peel và mức độ đáp ứng viêm phụ thuộc vào nồng độ của hóa chất; thể tích bôi (số lượt bôi); áp lực đè lên da khi rửa mặt và khi peel; và khoảng thời gian da tiếp xúc với hóa chất peel, chủ yếu trong trường hợp cần trung hòa để ngưng tác dụng của hóa chất. Thủ thuật peel càng mạnh càng gây viêm nhiều và có thể khiến da chậm phục hồi từ đó gây nguy hiểm đối với những bệnh nhân có da tối màu. Tùy theo mức độ dung nạp của bệnh nhân, những lần peel tiếp theo có thể mạnh hơn và có thể test trước trên một vùng da nhỏ ở vị trí che khuất (vùng sau dái tai). Một điều cần lưu ý là nên tăng khoảng cách thời gian giữa các lần peel đối với những người da đen để hạn chế biến chứng. Cần đặc biệt lưu ý đối với những vùng ngoài mặt là những nơi có ít đơn vị nang lông-tuyến bã, tỉ lệ phục hồi thấp và nguy cơ tác dụng phụ cao (Roberts 2004).

SAU PEEL

Bệnh nhân nên dùng kem dưỡng ẩm, làm dịu da, thúc đẩy lành vết thương ngay và trong 1 vài giờ sau khi tiến hành thủ thuật, và rửa nước ấm vài lần mỗi ngày. Đối với da dầu dễ bị mụn thì nên sử dụng dưỡng ẩm không có chất sinh còi mụn, không chứa dầu (oil-free and noncomedogenic). Bôi corticosteroid ở những vùng da viêm hoặc đỏ kéo dài để giảm nguy cơ rối loạn sắc tố sau viêm. Dùng chống nắng là bắt buộc. Nhìn chung, bệnh nhân có thể trở lại với những chăm sóc da hàng ngày sau 7 ngày từ ngày điều trị. Cũng ở thời gian này, bác sĩ da nên đánh giá lại bệnh nhân và cho bệnh nhân sử dụng các chất làm trắng.

TÁC DỤNG PHỤ

Kể cả peel nông cũng có thể để lại sẹo hoặc giảm sắc tố ở những bệnh nhân có da dễ tổn thương. Đỏ da và tăng sắc tố là những tác dụng phụ phổ biến nhất và thỉnh thoảng gây khó khăn trong điều trị chúng. Ngay khi phát hiện đỏ da kéo dài nên sử dụng corticoid mạnh càng sớm càng tốt (Salam 2013).

Phản ứng dị ứng nếu xảy ra cũng có

https://nhathuocngocanh.com/

thể được điều trị bằng corticosteroid bôi.

Mụn và phát ban dạng mụn cũng có thể được điều trị bằng các thuốc điều trị thông thường (có thể làm giảm tình trạng mụn bằng cách lấy còi mụn trước khi tiến hành peel).

Nhiễm nấm và vi khuẩn rất hiếm khi xảy ra và có thể dự phòng bằng cách chăm sóc và giữ vệ sinh; với herpes có thể được điều trị dự phòng bằng thuốc kháng virus ở những bệnh nhân đã được lựa chọn.

GHI NHỚ

• Bác sĩ da liễu cần thiết phải biết những đặc tính riêng biệt của da đen, giải phẫu ở những bệnh nhân này, ngoài ra còn phải nắm về tiêu chuẩn của cái đẹp, văn hóa riêng biệt và mong muốn của bệnh nhân.

• Trong khi peel hóa chất ở hầu hết người da trắng là để điều trị lão hóa da ánh sáng, nếp nhăn nhỏ thì ở người da đen peel đa số dùng để giải quyết những vấn đề về nám, tăng sắc tố sau viêm, mụn trứng cá, và viêm giả nang lông ở vùng râu.

• Điều quan trọng là cần phải hiệu chỉnh những kĩ thuật peel hóa chất đối với những người có phân loại da cao hơn, vì da đen có nguy cơ cao bị tác dụng phụ của peel như giảm sắc tố, tăng sắc tố và sẹo.

• Những loại peel hiệu quả đối với da tối mà là peel glycolic acid, salicylic acid, retinoic acid và dung địch Jessner. Những kĩ thuật thuật hiệu quả là peel điểm và peel phối hợp.

• Peel hóa chất là lựa chọn mang lại hiệu quả tốt khi điều trị trứng cá ở bệnh nhân da tối màu.

• Peel bằng salicylic acid và dung dịch Jessner không chỉ là chỉ định tốt để điều trị tổn thương trứng cá viêm mà còn trong điều trị tăng sắc tố sau viêm.

• Những lựa chọn điều trị khác cho mụn trứng cá gồm retinoic acid và glycolic acid.

• Bác sĩ cần phải hết sức lưu ý khi peel glycolic acid ở bệnh nhân da tối màu vì peel chất này cần phải tiến hành trung hòa để ngưng tác dụng của acid.

• Peel điểm có thể được sử dụng đối với những tổn thương khu trú. Phối hợp peel phổ biến nhất cho mục đích này là salicylic acid (20-30%), dung dịch Jessner và TCA (20-30%).

• Peel dung dịch Jessner có thể được chỉ định riêng lẻ hoặc phối hợp để điều trị nám má.

• Một lựa chọn khác để điều trị nám má được gọi là Cimel (kiểm tra thành phần trong mục CHỈ ĐỊNH và TIPS).

• Peel salicylic acid + peel retinoic acid là lựa chọn tốt để peel tăng sắc tố sau viêm ở bệnh nhân da tối màu. Cần phải hết sức cẩn thận khi peel trung bình và không nên peel sâu ở bệnh nhân có da tối màu.

• Để đạt được kết quả tốt và tránh biến chứng, bệnh nhân có thể điều trị hàng ngày ở nhà bằng những chất làm trắng và chống nắng (hóa học hoặc vật lí) trước khi tiến hành điều trị peel.

https://nhathuocngocanh.com/

THAM KHẢO

Al-Waiz MM, Al-Sharqi AI. Medium-depth chemical peels in the treatment of acne scars in dark-skinned individuals. Dermatol Surg. 2002;28(5):383–7.

Been MJ, Mangat DS. Laser and face peel procedures in non-Caucasians. Facial Plast Surg Clin North Am. 2014;22(3):447–52.

Burns RL, Prevost-Blank PL, Lawry MA, Lawry TB, Faria DT, Fivenson DP. Glycolic acid peels for post inflam- matory hyperpigmentation in black patients. A compar- ative study. Dermatol Surg. 1997;23(3):171–4; discussion 175.

Chun EY, Lee JB, Lee KH. Focal trichloroacetic acid peel method for benign pigmented lesions in dark-skinned patients. Dermatol Surg. 2004;30(4 Pt 1):512–6; dis- cussion 516.

Davis EC, Callender VD. Aesthetic dermatology for aging ethnic skin. Dermatol Surg. 2011;37(7):901–17.

Grimes PE. The safety and efficacy of salicylic acid chem- ical peels in darker racial-ethnic groups. Dermatol Surg. 1999;25(1):18–22.

Khunger N, Sarkar R, Jain RK. Tretinoin peels versus glycolic acid peels in the treatment of Melasma in dark- skinned patients. Dermatol Surg. 2004; 30(5):756–60.

Roberts WE. Chemical peeling in ethnic/dark skin.

DermatoTher. 2004;17(2):196–205.

Rullan P, Karam AM. Chemical peels for darker skin types.

Facial Plast Surg Clin North Am. 2010;18(1):111–31.

Salam A, Dadzie OE, Galadari H. Chemical peeling in ethnic skin: an update. Br J Dermatol. 2013;169 Suppl 3:82–90.

Sarkar R, Bansal S, Garg VK. Chemical peels for melasma in dark-skinned patients. J Cutan Aesthet Surg. 2012; 5(4):247–53.

https://nhathuocngocanh.com/

Chương 13

Những đổi mới trong Peel nông

Heloisa Hofmeister

TÓM TẮT

Peel da là một trong những phương pháp làm đẹp phổ biến và lâu đời nhất và thường được sử dụng bởi các bác sĩ da liễu. Peel hóa chất nông bề mặt hay còn gọi là peel nhẹ được thực hiện bằng cách bôi một hoặc nhiều hóa chất lên da nhằm mục đích gây bong da nhẹ. Peel nông là phương pháp an toàn và phù hợp với da mặt, và một vài hóa chất trong đó có thể sử dụng cho những vùng khác nữa của cơ thể. Trong những năm gần đây, một vài loại peel nông mới đã được phát triển. Người ta thường phối hợp alpha hydroxyl acid hoặc retinoic acid với một chất làm trắng. Trong chương này, chúng tôi sẽ bàn luận về phân loại peel, chỉ định, thủ thuật, tác dụng phụ và cách xử lí.

NỘI DUNG

- **Giới thiệu**
- **Lịch sử**
- **Khái niệm cơ bản**
- **Chỉ định và chống chỉ định**
- **Lựa chọn bệnh nhân**
- **Chuẩn bị trước peel**
- **Chăm sóc đặc biệt**
- **Hóa chất peel**

Dung dịch Jessner
Tretinoin
TCA
AHAs
Glycolic acid
Lactic acid
Phytic acid
Alpha-keto acid
Beta-hydroxy acid
Beta-lipohydroxy acid
Thioglycolic acid

- **Peel phối hợp**

Fluor-hydroxy peel
Salicylic-mandelic acid

- **Các loại peel phối hợp khác**
- **Tác dụng phụ và cách xử lí**
- **Ghi nhớ**
- **Tham khảo**

GIỚI THIỆU

Peel da là một trong những phương pháp làm đẹp phổ biến và lâu đời nhất, thường được sử dụng rộng rãi bởi các bác sĩ da liễu. Peel nông bề mặt là phương pháp an toàn và tương đối rẻ tiền để tái tạo và trẻ hóa da. Trong số nhiều hóa chất dùng trong peel nông, alpha hydroxyl acid và gần đây là lipohydroxy acid, cùng với beta-hydroxy acid và những phối hợp

https://nhathuocngocanh.com/

của chúng đã được sử dụng để peel thượng bì và thậm chí là peel lớp bì trên. Và chúng ta cũng biết được rằng peel nhiều đợt peel nông có thể tác động đến lớp sâu hơn và thực sự có tác dụng trẻ hóa da trên lâm sàng.

Peel hóa chất nông hay còn được gọi là peel nhẹ được định nghĩa là phương pháp bôi một hoặc nhiều hóa chất lên da nhằm gây bong da. Trong loại peel này mức độ xâm nhập dừng lại ở lớp tế bào hạt thượng bì và lớp bì nhú nông và do đó peel loại này có thể nông trên bề mặt hoặc sâu hơn một ít vào lớp thượng bì. Rõ ràng rằng một số loại peel nông có tác dụng cộng dồn, nghĩa là nhiều lần peel nông có thể cho kết quả tương tự như peel trung bình. Bằng cách tiến hành peel nông nhiều lần có thể tạo ra sự kích thích lớp bì nông để sản sinh collagen mới. Bên cạnh tính an toàn, peel nông còn phù hợp để điều trị da mặt, và vài chất trong số đó còn có thể dùng để peel những vùng khác của cơ thể.

LỊCH SỬ

Khi còn là một sinh viên y khoa, tôi đã đến trường đại học São Paulo ở Ribeirao Preto để làm việc lấy kinh nghiệm trong ngành da liễu với giáo sư Luiz Marino Bechelli và tôi đã nói với ông rằng tôi muốn học "một chuyên ngành mới trong ngành da liễu, thẩm mỹ" và ông đã trả lời rằng "không có gì mới cả. Khi mà Cleopatra tắm với sữa, cô ấy đã tận dụng lợi ích của acid lactic".

Những người Ai Cập cổ đại đã sử dụng dầu động vật, muối, ngọc thạch, và sữa chua để làm đẹp da. Việc sử dụng chất ăn mòn sớm nhất để peel da được mô tả trong y văn của người Ai Cập được viết trên giấy cói Ebers vào năm 1550 sau công nguyên (Fisher 2010). Khi sử dụng sữa chua để làm căng bóng da, tác dụng này có được là nhờ thành phần lactic acid, đây là một loại alpha hydroxy acid. Sau này người Hy Lạp và Roma đã sử dụng thuốc đắp có chứa mù tạc, sulfur, và hơi ăn mòn của đá vôi. Đá bọt, hương trầm, nhựa cây mật nhi lạp và nhựa thông đã được sử dụng để làm sáng da và loại bỏ tàn nhang, nếp nhăn. Người Thổ Nhĩ Kỳ đã sử dụng lửa làm cháy nhẹ da nhằm gây lột da nhẹ. Phụ nữ Ấn độ đã trộn nước tiểu với đá bọt để bôi lên da. Ở Châu Âu, người Hungary đã truyền lại những công thức làm đẹp đặt biệt qua nhiều thế hệ (Brody 2000). Các bác sĩ da liễu bắt đầu quan tâm đến peel da vào thể kỉ thứ XIX. Vào năm 1874 ở Vienna (thủ đô Austria), bác sĩ da liễu Ferdinand von Hebra đã sử dụng kĩ thuật này để điều trị nám, bệnh Addison và tàn nhang. Vào năm 1882 ở Hamburg, Paul G. Unna đã mô tả tác dụng của salicylic acid, resorcinol, trichloroacetic acid (TCA), và phenol trên da. Những mô tả đầu tiên này sau này cũng được nhiều tác giả mô tả tương tự (Fischer 2010).

Trong thế kỉ XIX, thủ thuật peel đã có nhiều phát triển to lớn với sự đóng góp giá trị của nhiều bác sĩ da liễu như F.C. Combes, Thomas Baker, Max Jessner, Sorel Resnik, Harold Brody, Gary Monheit, và R.F. Bloom, và nhiều bác sĩ khác nữa.

Peel retinoic acid đã được bắt đầu sử dụng vào đầu những năm 1990 và được sử dụng rộng rãi đặc biệt là ở

https://nhathuocngocanh.com/

Brazil như là một chất peel da chủ yếu. Retinoic acid giúp tân tạo collagen và làm phân tán tế bào sắc tố do đó rất được quan tâm trong điều trị chống lão hóa ánh sáng (Reinoso 1993).

Trong suốt thập niên 1990, có rất nhiều sản phẩm độc quyền và được cấp bằng sáng chế trên thị trường các hóa chất peel da từ các công ty dược lớn nhỏ. Sự đa dạng này gồm có các ester đặc biệt và các dạng phối hợp của AHAs được đặt tên đầy cuốn hút và được đưa ra thị trường không chỉ ở dạng hóa chất peel mà còn ở dạng chống nắng, chất làm trắng mà cho đến ngày nay vẫn được sử dụng (Brody 2000).

Chúng tôi đã công bố bài báo khoa học đầu tiên của người Brazil về glycolic acid ở Brazil vào năm 1996 trong tạp chí the Journal of the Brazilian Society of Dermatology. Một nghiên cứu cho kết quả lâm sàng tốt khi sử dụng glycolic acid để cải thiện tình trạng lão hóa da từ quan điểm của bệnh nhân hoặc bác sĩ, với kết quả có sự tăng số lượng collagen type I sau 6 tháng thử nghiệm lâm sàng với glycolic acid 10% ở nhà và glycolic acid 70% peel tối thiểu hàng tháng ở bệnh viện (Hofmeister 1996).

Vào cuối thế kỉ XIX, peel fluor-hydroxy đã được sử dụng. Phương pháp này phối hợp 5-fluorouracil với hoặc glycolic acid hoặc dung dịch Jessner để điều trị dày sừng ánh sáng.

Sự phối hợp các loại hóa chất peel với nhau đã trở thành xu hướng đối với peel nông trong những năm gần đây.

NHỮNG KHÁI NIỆM CƠ BẢN

Peel da được xem là một thủ thuật y khoa bằng cách bôi một loại hóa chất lên bề mặt da nhằm kích thích sự tăng sinh và thay thế trong lớp thượng bì và lớp bì.

"Peel là một hành động kích thích" (Vingeron JLH, 24th EADV Congress, Copenhagen, 2015)

Với peel hóa chất, bạn có thể lựa chọn mức độ từ cải tiến cơ bản đến nâng cao. Phương pháp này là sự trợ giúp không thể thay thế được đối với da lão hóa. Lợi ích khi peel da gồm có:

- Một diện mạo trẻ hóa
- Một nước da sáng, hồng hào
- Giảm các đốm tăng sắc tố
- Giảm nếp nhăn cho đến khi láng mịn
- Tăng độ đàn hồi đến khi da mặt được nâng

Để peel một cách an toàn, bác sĩ phải nắm được cơ chế tác dụng của hóa chất peel, hiểu được mối liên hệ giữa lâm sàng-mô học (mô học giúp xác định chính xác độ sâu mà hóa chất tác động), và lựa chọn một loại peel an toàn, hiệu quả với chỉ số tái sinh cao.

Một loại peel lí tưởng là loại peel gây phá hủy tối thiểu nhưng tạo ra được sự tái tạo collagen nhiều nhất có thể.

Một vài tác giả phân biệt giữa peel rất nông (loại bỏ lớp tế bào sừng- độ sâu 0.06 mm) và peel nông (làm bong lớp thượng bì ở lớp tế bào hạt cho đến lớp tế bào đáy- độ sâu 0.45 mm). Độ sâu peel phụ thuộc vào một vài yếu tố như: hóa chất được sử dụng, nồng độ hóa chất, pH của dung dịch, quá trình chuẩn bị da trước khi peel,

https://nhathuocngocanh.com/

và thời gian bôi (Fischer 2010).

Peel nông truyền thống có thể làm thay đổi cấu trúc da và giảm sắc tố. Peel nông được sử dụng để làm sáng da, đồng nhất tone màu da, loại bỏ nếp nhăn nhỏ và làm giảm kích thước lỗ chân lông. Phương pháp này có thể được sử dụng độc lập hoặc phối hợp với các loại thủ thuật khác như microdermabrasion (mài da) hoặc laservi điểm không xâm lấn.

Peel nông với bất kì hóa chất nào cũng có tác dụng kích thích cơ chế tái tạo của các lớp bì sâu. Sự phá hủy lớp bề mặt đưa đến sự kích thích quá trình phân bào ở lớp thượng bì bằng những cơ chế trong quá trình lành vết thương: hóa chất trung gian như cytokine và stress proteins (HSP). Ngoài ra peel cũng làm tăng tính thấm của các phân tử khác.

Peel nông hầu như có rất ít hoặc hầu như không cần có thời gian hồi phục.

CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chỉ định

Lão hóa da ánh sáng: da thô ráp, tẩm nhuận màu vàng, nếp nhăn nhỏ, dày sừng, và đốm nâu ánh sáng.
Rối loạn sắc tố: nám má và tăng sắc tố sau viêm.

Rối loạn sắc tố: nám má và tăng sắc tố sau viêm.

Mụn: tổn thương mụn viêm và sẹo nông bề mặt/tăng sắc tố.

Chống chỉ định

Đang có thai hoặc cho con bú, đang nhiễm herpes, da nhạy cảm, và những bệnh nhân có mong muốn không đúng với thực tế.

LỰA CHỌN BỆNH NHÂN

Cũng giống như các thủ thuật y khoa khác, việc lựa chọn đúng bệnh nhân là rất quan trọng. Các bác sĩ da liễu cần phải cân nhắc dựa trên màu da, phân loại da, và mức độ lão hóa da do ánh sáng. Nhưng trên hết, họ phải hiểu được những mong muốn của bệnh nhân. Đây chính là chìa khóa của thành công.

Mong muốn của bệnh nhân phải đúng với thực tế. Sử dụng acid càng mạnh thì peel càng sâu và kết quả càng tốt và tất nhiên nguy cơ biến chứng càng cao. Nói cách khác, peel càng nông càng an toàn và hiệu quả càng thấp. Và bệnh nhân họ phải nhận thức được những đều này.

Peel nông có thể được thực hiện trên da mặt và một vài chất có thể peel ở những vùng da khác, và có thể peel ở bất kì loại da nào.

CHUẨN BỊ TRƯỚC PEEL

Điều trị da trước khi peel là rất quan trọng với nhiều lí do. Chuẩn bị da để hóa chất peel thấm sâu hơn, và thậm chí giúp ngăn biến chứng tăng sắc tố sau viên, làm tăng hiệu quả của peel.

Từ 2-4 tuần trước khi tiến hành thủ thuật, bệnh nhân nên sử dụng rửa mặt 2 lần mỗi ngày và việc lựa chọn loại rửa mặt tùy thuộc vào mức độ dầu trên da bệnh nhân. Nếu mục đích là điều trị chống lão hóa, thì mỗi tối bệnh nhân phải được kê tretinoin 0.025-0.1% hoặc AHA 8-10%. Vào buổi sáng, bệnh nhân nên sử dụng AHA 8-10% kèm hydroquinone 3-5% hoặc không, tùy thuộc vào mức độ tăng sắc tố trên da. Đối với tất cả bệnh nhân, cần kê

https://nhathuocngocanh.com/

cho bệnh nhân chống nắng và giải thích cho họ tầm quan trọng của việc sử dụng chống nắng hàng ngày trước và sau quá trình peel. Chống nắng phải được sử dụng sớm vào buổi sáng, sau các bước chăm sóc cơ bản hàng ngày, và bôi lại thêm một đến hai lần trong ngày tùy thuộc vào bức xạ và sự phơi bày ánh sáng mặt trời.

CHĂM SÓC ĐẶT BIỆT

Luôn phải chụp ảnh.

Bệnh nhân phải ngồi một góc 450 ở tư thế thỏa mái.

Tránh để da đỏ hoặc kích thích. Lưu ý đến da trong quá trình peel. Điểm cuối lâm sàng thường là đỏ da và/hoặc frosting (lớp trắng do protein bề mặt biến tính). Luôn luôn có tăm bông và dung dịch salin bên cạnh để bảo vệ mắt khi cần thiết.

Như là một nguyên tắc chung, điểm cuối lâm sàng của peel rất nông là đỏ da, của peel nông là frosting không trên nền đỏ da.

Nhiều loại peel nông cần phải tiến hành trung hòa, do đó phải luôn để sẵn bên cạnh các dung dịch trung hòa.

HÓA CHẤT PEEL

Dung dịch Jessner

Được phát triển bởi Max Jessner, dung dịch này là sự kết hợp của resorcinol 14%, salicylic acid 14%, lactic acid 14% và dung môi ethanol 95%. Salicylic acid nhạy cảm ánh sáng, và lactic acid hấp thu nước trong không khí; do đó, dung dịch này nhạy cảm với không khí và ánh sáng. Cơ chế tác dụng của dung dịch dựa vào khả năng ly sừng của salicylic acid và resorcinol và hoạt tính ly thượng bì của lactic acid (Yokomizo 2013).

Được biết đến như là "combes peeling", dung dịch này được sử dụng để điều trị nám má, nhân mụn trứng cá, sẹo trứng cá, lão hóa da, và tăng sắc tố sau viêm (PIH) trên mặt, cổ và thân. Có thể phối hợp với TCA hoặc với 5-FU để peel sâu hơn hoặc phục vụ cho các mục đích khác. Dung dịch này rất hữu ích và hiệu quả đối với điều trị những vùng ngoài mặt trên cơ thể.

Dung dịch Jessner được bôi một đến ba lớp bằng gạc cho đến khi xuất hiện lớp frost (nếu peel ở trên mặt) hoặc đỏ da (nếu peel trên thân). Thủ thuật có thể dược lặp lại hàng tuần hoặc mỗi hai tuần.

Dung dịch Jessner hiệu chỉnh là sự phối hợp của citric acid 8%, SA 17%, và lactic acid 17% trong dung môi cồn tuyệt đối 60 ml với pH là 1.7 (Safoury 2009).

Tretinoin

All-trans retinoic acid là một dạng tương tự vitamin A được tổng hợp và được sử dụng để điều trị tại chỗ trong nhiều bệnh lí về da. Khunger đã so sánh peel retinoin 1% lên một bên khuôn mặt với peel glycolic acid truyền thống lên nửa kia của khuôn mặt mỗi tuần trong 12 tuần ở bệnh nhân nám má có phân loại da III-V. Cả hai nhóm được đánh giá theo thang điểm MASI hiệu chỉnh (Khunger 2004).

Ở Brazil, tretinoin được bôi với nồng độ cao hơn. Retinoin 5-10% được bôi như đắp mặt nạ trong khoảng thời gian 4-8h. Đều này cho phép da bong

https://nhathuocngocanh.com/

kéo dài trong 3-4 ngày và giúp giảm các rối loạn sắc tố và mụn trứng cá (Salam 2013).

Chất này cũng có tác dụng chống lão hóa và vết rạn da.

Giống như tất cả các loại peel nông, cần phải peel một vài lần để đạt kết quả tốt hơn.

TCA

Trichloroacetic acid đã được sử dụng như là một chất peel trong thời gian dài và vẫn là một loại peel hiệu quả và an toàn nhất khi peel trung bình, đặc biệt là khi phối hợp với dung dịch Jessner. Độ sâu của peel TCA phụ thuộc vào nồng độ của TCA và sự chuẩn bị da trước khi peel, đặc biệt là quá trình tẩy nhờn. Ở nồng độ dưới 20%, peel TCA được xem là peel nông theo y văn (Fischer 2010). Độ sâu của peel không chỉ phụ thuộc và nồng độ TCA mà còn phụ thuộc chủ yếu vào kĩ thuật bôi. Nếu da được tẩy nhờn hoàn hảo, thì peel 20% có thể đạt được độ sâu tốt hơn so với mong đợi.

Kỹ thuật chéo (tái tạo hóa học sẹo trứng cá) sử dụng TCA 90-100% để peel từng nốt sẹo bằng cách sử dụng cây kim được bọc bởi bông gòn như là một tăm bông để ấn mạnh xuống toàn bộ vùng lõm của sẹo cho đến khi xuất hiện nhiều điểm trắng đông vón tại mỗi sẹo mụn. Cách này thường phối hợp với một loại peel nông hoặc peel trung bình hoặc với laser. Phương pháp này giúp làm dày lớp bì cũng như làm tăng sản xuất collagen tại chỗ. Hiệu quả của phương pháp peel này đã được chứng minh, thậm chí là đối với những bệnh nhân khó như bệnh nhân có phân loại da từ IV đến VI.

AHAs

Alpha hydroxyl acid là một nhóm các acid tự nhiên có chứa nhóm hydroxyl ở vị trí alpha. AHAs thường được chiết xuất từ trái cây và mía; chúng là những chất chuyển hóa trong chu trình carbon và những quá trình chuyển hóa khác. AHAs gồm có glycolic, lactic, malic, citric, tartaric, và mandelic acid; những acid này khác nhau về trọng lượng phân tử và số lượng gốc carbon trong chuỗi. Glycolic acid có nguồn gốc từ mía và có 2 nguyên tử carbon trong cấu trúc phân tử của nó. Lactic acid, có nguồn gốc từ mía chứa 3 nguyên tử carbon trong cấu trúc phân tử của nó. Tartaric acid có nguồn gốc từ nho có 4 nguyên tử carbon và citric acid có nguồn gốc từ trái cây có 6 nguyên tử carbon trong cấu trúc phân tử của nó. Mandelic acid được chiết xuất từ quả hạnh. Pyruvic acid là một loại keto acid chuyển hóa qua lại sang dạng hydroxyl của nó là lactic acid.

Tất cả AHAs đều có một đặc tính chung khi ở nồng độ thấp từ 5-15%. Chúng làm giảm mức độ kết dính của tế bào sừng, đặc biệt ở phần dưới của lớp sừng.

Ở nồng độ cao hơn (50-70%), AHAs làm giảm độ kết dính giữa các tế bào keratinocyte và có thể gây ly giải thượng bì hoàn toàn và tác động lên lớp bì nhú và bì lưới để kích thích sản xuất collagen mới.

Glycolic acid

Chất AHA dùng để peel đầu tiên là glycolic acid. Chất này là một phân tử nhỏ có thể thấm tốt vào lớp bì và

https://nhathuocngocanh.com/

kích thích lớp này mà không gây bong da Glycolic acid hoạt động bằng cách làm mỏng lớp thượng bì, kích thích ly giải lớp bì, phân tán melanin ở lớp đáy và tăng biểu hiện gen sản xuất collagen (Bernstein 2001).

Trong loại peel này, độ pH của dung dịch là rất quan trọng. Thông thường, nồng độ pH được sử dụng rất thấp và giới hạn giữa sự hiệu quả và bỏng da là rất mỏng manh. Glycolic acid hiện đang được bán ở dạng dung dịch acid tự do, trung hòa một phần (pH cao hơn) được đệm hoặc ester hóa).

Glycolic acid được sử dụng ở nhiều nồng độ khác nhau từ 25% đến 75% và pH từ 1 đến 3; mức độ dung nạp của bệnh nhân thường tốt. Nồng độ acid càng cao thì pH càng thấp, peel càng sâu (Fischer 2010).

Bôi glycolic acid được tiến hành sau khi tẩy nhờn da với sự giúp đỡ của bông tăm, bàn chải dùng một lần, hoặc miếng gạc (Landau 2008). Trong thực hành lâm sàng của mình tôi thường thích sử dụng bàn chải hơn.

Da được phủ bởi một lớp mỏng dung dịch acid và phải được trung hòa khi thấy da bắt đầu đỏ, thường sau 2-4 phút. Bác sĩ thực hiện phải quan sát kĩ; nếu acid xâm nhập sâu hơn mong muốn với sự xuất hiện của lớp frost thì phải ngưng tác dụng của acid ngay để tránh làm bỏng da. Glycolic acid có thể được trung hòa bằng sodium bicarbonate 1% hoặc nước. Để đạt kết quả tốt hơn cần phải tiến hành peel một vài lần. Khoảng thời gian giữa các lần peel có thể là từ 2 đến vài tuần. Khi peel những lần sau có thể tăng nồng độ dung dịch từ từ tùy vào mức độ dung nạp của bệnh nhân và kết quả thu được sau đợt peel trước đó.

Glycolic acid có tác dụng tiêu sừng, chống viêm và chống oxy hóa.

Lactic acid

Lactic acid là một loại AHA và cơ chế tác dụng của nó tương tự với glycolic acid. Chất này là giảm kết dính của các tế bào ở lớp thượng bì, tăng bong vảy, phân tán melamin, và làm tăng sự tổng hợp collagen và glycosaminoglycans. Ngoài ra, nó còn được mô tả là có hoạt tính ức chế tyrosinase và đã được sử dụng để điều trị nám má. Nồng độ thường dùng là 85%, pH 3.5 trong dung môi cồn-nước (Sharquie 2005, 2012).

Nghiên cứu sơ bộ đầu tiên về lactic acid đã được thực hiện bởi Sharquie và các cộng sự, ông là người đã phát hiện ra rằng loại acid này có hiệu quả và an toàn khi peel ở người có da tối màu. Họ đã nghiên cứu trên 20 bệnh nhân, những bệnh nhân này được bôi acid lactic tinh khiết 92% trong tối da 6 đợt peel và trong 12 bệnh nhân đã hoàn thành liệu trình có thể quan sát được sự giảm rõ rệt thang điểm MASI (56%). Hơn nữa, lactic acid đã được đem ra so sánh với dung dịch Jessner trong một nghiên cứu 2 nửa mặt và kết quả tốt được thấy rõ giống nhau ở cả 2 bên khuôn mặt sau 6 tháng điều trị và không có tái phát. Những nghiên cứu này ủng hộ cho việc cần có thêm nhiều thử nghiệm về sử dụng lactic acid như là một chất peel đối với người có da tối màu (Sharkie 2005).

Một nghiên cứu gần đây cho thấy bệnh nhân có những đốm đen quanh mắt được điều trị với peel

https://nhathuocngocanh.com/

lactic acid 15% phối hợp với TCA 3,75% (cả hai acid đều có nồng độ thấp) và đã thu được kết quả tốt, những đốm đen đã được cải thiện và trông sáng hơn.

Phytic acid

Phytic acid là một loại AHA có hiệu quả ở pH thấp và không cần phải trung hòa. Chất này có tác dụng điều trị nhanh và liên tục. Phytic acid không gây cảm giác bỏng, không cần phải trung hòa, và sau khi bôi lớp acid được giữ nguyên trong ngày tiếp theo. Cần phải peel 5 hoặc 6 liệu trình. Có thể lặp lại liệu trình mỗi tuần hoặc mỗi 2 tuần để làm tăng tác dụng. Đây là chất peel an toàn và hiệu quả trong điều trị nám má ở người có phân loại da tối màu (Yokomizo 2013).

Alpha-keto acid

Pyruvic acid

Một thành viên trong nhóm alpha-keto acid mà thu hút được nhiều sự chú ý trong những năm gần đây là pyruvic acid. Đều này là do khả năng li sừng, diệt khuẩn và giảm tiết bã nhờn cũng như khả năng kích thích sự hình thành của các sợi collagen và elastin mới. Ngoài có hiệu quả trong điều trị mụn, tổn thương ánh sấng, và sẹo nông bề mặt, pyruvic acid còn cho thấy có hiệu quả đối với các rối loạn sắc tố ở bệnh nhân có làn da sáng (Griffin 1989).

Tuy nhiên cảm giác bỏng rát nặng khi peel pyruvic acid đã làm giới hạn mức độ sử dụng của loại hóa chất này trong điều trị nhiều loại bệnh khác nhau. Gần đây một nghiên cứu được tiền hành bởi Berardesca, người đã sử dụng một công thức không gây đỏ da mới của pyruvic acid và đã đánh giá hiệu quả và khả năng dung nạp của nó khi điều trị tổn thương ánh sáng, sẹo nông bề mặt và nám má. Kết quả cho thấy công thức mới mang lại kết quả rõ rệt trên cả 3 đối tượng bệnh nhân mà không gây ra cảm giác bỏng rát trong và sau quá trình peel (Berardesca 2006).

Vì tất cả các nghiên cứu về pyruvic acid đều được tiến hành trên những bệnh nhân có phân loại da theo Fitzpatrick típ II đến IV, do đó cần phải trả lời câu hỏi liệu acid này có thể dùng ở những bệnh nhân có phân loại da tối màu hay không (Sarkar 2012).

Ở nồng độ từ 50% đến 80% trong dung môi ethanol thì pyruvic acid có thể xâm nhập vào da trong 1 đến 2 phút, và mặc dù nó không gây ngộ độc toàn thân nhưng có thể gây bỏng và để lại sẹo. Mức độ xâm nhập của loại acid này rất là khó đoán, và đỏ da do điều trị có thể kéo dài từ 15 ngày cho đến 2 tháng. Pyruvic acid có thể sử dụng để điều trị lão hóa da ánh sáng, mụn trứng cá và sẹo nông như tất cả các AHA. Acid này có thể phân hủy theo thời gian và hình thành CO2 và acetaldehyde; những chất khí này khi ngửi phải có thể gây ăn mòn và kích ứng đường hô hấp trên. Có thể dự phòng bằng cách sử dụng quạt trong quá trình bôi acid (Yokomizo 2013).

Beta-hydroxy acid

Salicylic acid (SA) (ortho-hydroxybenzoic acid) được sử dụng ở nồng độ 20-30% khi peel nông, đặc biệt trong điều trị mụn trứng cá. Đây là một chất ưa dầu và gây bong lớp ưa

https://nhathuocngocanh.com/

dầu phía trên lớp sừng thượng bì nhờ tác dụng li sừng của nó. Salicylic acid được ưu tiên lựa chọn điều trị nhân mụn trứng cá vì nó ưa mỡ và tập trung nồng độ vào các đơn vị tuyến bã nang lông. Acid này được bôi sau khi đã tẩy nhờn da mặt. Ngay sau khi bôi bệnh nhân sẽ cảm thấy rát bỏng và châm chích, sau đó xuất hiện lớp tinh thể SA trắng trên bề mặt chỗ bôi dung dịch. Cảm giác bỏng rát sẽ dịu đi trong một vài phút và ngay sau khi dung môi của acid bị bay hơi. Sau bôi tiến hành rửa mặt với nước. Da bắt đầu bong tróc 2 ngày sau peel và có thể kéo dài từ 5 đến 7 ngày.

Peel SA có thể tiến hành mỗi tuần và trong khoảng 6-8 tuần. Ngoài ra SA còn được dùng để điều trị tăng sắc tố sau viêm, lão hóa ánh sáng, và nám má nông.

SA có thể được chuẩn bị trong ethyl alcohol 95% và trong trường hợp này nó có thể gây châm chích, bỏng rát, đỏ và frost, sau đó xảy ra hiện tượng đóng mài và tăng sắc tố ở vùng điều trị. Khả năng hấp thụ SA cao và nếu bôi trên diện tích lớn có thể gây ngộ độc salicylate.

Ngoài ra cũng có thể dùng SA trong dung môi polyethylene glycol (SA-PEG) với ưu điểm ít hấp thu acid vào hệ thống hơn nhưng vẫn cho kết quả tương đương (Dainichi 2008).

Và SA cũng có thể sử dụng ở nồng độ cao hơn dạng mỡ (40-50%) để bôi chi trên (Yokomizo 2013).

Beta-lipohydroxy acid

Đây là loại peel sử dụng dẫn xuất ưa dầu của SA có tên là lipohydroxy acid (LHA). Chất này được sử dụng ở nồng độ 5% và 10%. Phân tử LHA hoạt động trên bề mặt corneocyte/corneosome và tách rời hoàn toàn các corneosome. Các conerosome (cầu nối giữa các tế bào corneocyte) được tách rời khỏi các corenocyte (tế bào lớp sừng thượng bì) bên cạnh mà không bị đứt gãy cho thấy LHA có thể tác động lên các glycoprotein xuyên màng. Hoạt tính này xảy ra ở bề mặt compactum/disjunction (2 phân lớp của lớp sừng thượng bì) và không ảnh hưởng đến sợi keratin hoặc màng tế bào corneocyte. LHA còn kích thích đổi mới tế bào thượng bì và chất nền ngoại bào với tác dụng tương tự như tác dụng của retinoic acid. Trái ngược với nhiều chất peel khác, LHA có pH tương đương với da bình thường (5.5) và không cần phải trung hòa (Fischer 2010).

Thioglycolic acid

Còn được gọi là mercaptoacetic acid, thioglycolic acid là một hợp chất chứa fulfur có trọng lượng phân tử là 92.12 (nằm giữa trichloroacetic và glycolic acid với trọng lượng phân tử lần lượt là 163.4 và 76.05). Acid này tan dễ trong cả nước và cồn và dễ bị oxi hóa. Trong điều trị bệnh nhiễm sắc tố do hemosiderin, thioglycolic acid dược sử dụng với nồng độ từ 5% đến 12%. Ái tính của nó với sắt cũng giống như ái lực với apoferritin, nó có khả năng chelate hóa nguyên tử sắt trong hemosiderin nhờ có sự hiện diện của nhóm thiolic. Một thử nghiệm đánh giá sự cải thiện trên lâm sàng của những bệnh nhân tăng sắc tố quanh ổ mắt với 5 liệu trình peel bằng thioglycolic acid 10% đã chứng minh rằng điều trị

https://nhathuocngocanh.com/

bằng acid này an toàn, hiệu quả và tiết kiệm (Costa 2010).

Để điều trị viêm da ochre (đặc trưng bởi các đốm vàng nâu dính chùm lại với nhau, thường ở một phần ba đầu xa chi dưới), nồng độ thioglycolic acid thường dùng nhất là từ 5% đến 20%, tăng dần sau mỗi liệu trình cách nhau 3 tuần cho đến khi đạt được kết quả mong muốn. Acid này có thể được trung hòa bằng nước hoặc nước ấm sau 10 phút đối với liệu trình peel đầu tiên, sau đó khoảng thời gian này tăng dần cho những liệu trình sâu cho đến 30-40 phút. Sau khi tiến hành thủ thuật nên bôi kem làm mềm. Thioglycolic acid có mùi sulfur mạnh và rất khó chịu.

PHỐI HỢP PEEL

Trong những năm gần đây, có nhiều loại peel nông mới đã được phát triển. Người ta thường phối hợp alpha hydroxyl acid hoặc retinoic acid với những chất giảm sắc tố khác. Chúng tôi sử dụng một loại peel phối hợp có tên là peel "Cimel" gồm chứa: retinoic acid (3-5%) + alpha hydroxy acid (lactic acid 9%) hoặc beta hydroxyl acid (salicylic acid 2-3%) + chất giảm sắc tố (hydroquinone 3-4% + kojic acid 2%). Dung dịch này được bôi lên da mặt và cơ thể bằng cách sử dụng găng tay (hình 1a, 1b, 1c). Chúng tôi đã thu được kết quả rất tốt khi điều trị mụn và tăng sắc tố với loại peel này, thậm chí là ở người có da tối màu. Có thể quan sát được sự cải thiện về cấu trúc da trong hình 2,3.

Flour-Hydroxy peel

5-Fluorouracil (5-FU) là chất có tác dụng rất hiệu quả trong điều trị dày sừng ánh sáng (AK). Chất này ức chế tổng hợp DNA và RNA đồng thời phá hủy sự tăng sinh quá mức của AKs. Tuy nhiên, 5-FU có thể gây đỏ da nặng, kích ứng tại chỗ, phù nề, và cảm giác khó chịu trong suốt quá trình điều trị và thời gian sau điều trị, từ 4 đến 8 tuần.

Glycolic acid phối hợp với 5-fluorouracil là một sự phối hợp đặc biệt có hiệu quả trong điều trị dày sừng ánh sáng. Trong phương pháp này, acid glycolic 70% (pulse dose: liều cao trong thời gian ngắn để tăng hiệu quả và giảm tác dụng phụ) được bôi ngay sau khi bôi 5-FU, liệu trình được thực hiện hàng tuần trong 8 tuần. Cách này phối hợp được tác dụng điều trị và ly sừng của glycolic acid với hiệu quả của 5-FU, và đây là điều trị tiêu chuẩn đối với dày sừng ánh sáng (Marrero và Katz 1998).

Salicylic- Mandelic acid

Đây là phương pháp phối hợp SA 20%, là một loại beta-hydroxy acid với mandelic acid 10% là một loại alpha hydroxyl acid. SA là một acid ưa lipid, có khả năng xâm nhập vào các tổn thương mụn hoạt động nhanh, trong khi mandelic acid là loại acid có trọng lượng phân tử lớn nhất nên xâm nhập vào thượng bì rất chậm và đồng nhất (là chất peel lí tưởng đối với da nhạy cảm). Cách phối hợp này đặc biệt hữu ích khi peel ở đối tượng người da tối màu vì nó có thể ngăn sự xuất hiện của PIH (tăng sắc tố sau viêm). Chỉ

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 1: (a) peel Cimel. (b) bôi dung dịch peel Cimel (màu vàng) với găng tay. (c) Kết tủa acid trên đầu những tổn thương viêm

Hình 2: trước và sau một liệu trình peel Cimel: Chất lượng da và tình trạng sắc tố được cải thiện.

Hình 3: trước và sau 1 liệu trình peel Cimel: sang thương mụn và sắc tố được cải thiện

https://nhathuocngocanh.com/

định chính của phương pháp này là mụn trứng cá, sẹo sau mụn, rối loạn sắc tố như nám má (Garg 2008).

Mandelic acid phù hợp với da nhạy cảm hơn so với các AHA khác. Vì trọng lượng phân tử lớn nên nó xâm nhập rất chậm và do đó không gây bỏng rát hoặc châm chích. Khi peel da sẽ cảm thấy mềm. Acid này còn có khả năng tăng sinh collagen và sợi elastin và GAGs ở lớp bì nhú. Bên cạnh đó, nó còn có hoạt tính kháng khuẩn và điều hòa tiết bã nhờn. Dạng sử dụng tốt nhất cho acid này là dạng gel và mask (mặt nạ).

Đây là cách peel không chỉ an toàn hơn so với peel glycolic acid trong điều trị nám má mà bệnh nhân có thể dung nạp tốt hơn và phù hợp với những người Ấn Độ (Sarkar 2016).

NHỮNG PHỐI HỢP PEEL KHÁC

Có rất nhiều cách phối hợp các acid peel với nhau. Công thức cuối cùng sẽ phụ thuộc vào hiểu biết về dược học của bác sĩ thực hiện, chỉ định của chất peel và phụ thuộc vào bệnh nhân. Một vài hóa chất peel có thể được dùng phối hợp được liệt kê như sau:

Hóa chất peel:

Glycolic acid 0.2-30%
Lactic acid 5-25%
Citric acid 5-30%
Phytic acid 2.5%
Mandelic acid 20-40%
Salicylic acid 2-30%
Thioglycolic acid 5-10%
Pyruvic acid 25-40%

Phối hợp với chất giảm sắc tố như:

Kojic acid 5-7%
Alpha-arbutin 2%
Azelaic acid 10-20%
Hydroquinone 2-5%

TÁC DỤNG PHỤ VÀ CÁCH SỬ LÝ

Nếu được thực hiện đúng cách thì peel nông rất an toàn và tác dụng phụ cũng như biến chứng hiếm khi xảy ra.

Đỏ da là tác dụng phụ thường gặp và có thể kéo dài trong một vài ngày.

Có sự lột da nhẹ sau peel, đây là dấu hiệu tốt và bệnh nhân nên được biết về đều này.

Tăng sắc tố hiếm khi xảy ra và có thể do peel sâu quá mức. Biến chứng này có thể được xử lí bằng cách sử dụng các chất ức chế sắc tố và chống nắng.

GHI NHỚ

• Peel nông là phương pháp rất quan trọng trong thực hành da liễu. Phương pháp này an toàn, tiết kiệm và cho hiệu quả nhanh. Peel nông có thể giúp da trở nên sáng hơn và đẹp hơn chỉ trong vài ngày.

• Đều quan trọng là phải biết cách sử dụng các loại peel khác nhau.

• Phối hợp các hóa chất peel (alpha hydroxyl acid, retinoic acid và chất ức chế sắc tố) là xu hướng đang phát triển hiện nay.

• Kiến thức da liễu cơ bản là cần thiết đối với tất cả các loại peel, kể cả peel nông. Bác sĩ tiến hành phải lưu ý đến phân loại da của bệnh nhân, màu sắc, độ dày, độ săn chắc, mức độ da đầu và sự mỏng manh của da.

https://nhathuocngocanh.com/

• Không nên tiến hành peel da, thậm chí đối với peel nông ở những bệnh nhân trừ khi da của họ đã được chuẩn bị ít nhất 4-5 tuần với các điều trị da liễu.

THAM KHẢO

Berardesca E, et al. Clinical and instrumental evaluation of skin improvement after treatment with a new 50% pyruvic acid peel. Dermatol Surg. 2006;32:526–31.

Bernstein EF, et al. Glycolic acid treatment increases type

1 collagen mRNA and hyaluronic acid content of human skin. Dermatol Surg. 2001;27:429–33.

Brody HJ, et al. A history of chemical peeling. Dermatol Surg. 2000;26:5.

Costa A, et al. 10% thioglycolic acid gel peels: a safe and efficient option in the treatment of constitutional infraorbital hyperpigmentation. Surg Cosmet Dermatol. 2010;2(1):29–33.

Dainichi T, et al. Excellent clinical results with a new preparation for chemical peeling in acne: 30% salicilic acid in polyethylene glycol vehicle. Dermatol Surg. 2008;34:891–9.

Fischer TC, et al. Chemical peels in aesthetic dermatology: an update 2009. JEADV. 2010;24:281–92.

Garg VK, et al. Glycolic acid peels versus salicylic- mandelic acid peels in active acne vulgaris and post-acne scarring and hyperpigmentation: a comparative study. Dermatol Surg. 2008;35:59–65.

Griffin TD, et al. The use of pyruvic acid as a chemical peeling agent. J Dermatol Surg Oncol. 1989;15:13.

Hofmeister HA, et al. Glycolic acid in photoaging. An Bras Dermatol. 1996;71(1):7–11.

Khunger N, et al. Tretinoin peels versus glycolic acid peels in the treatment of Melasma in dark-skinned patients. Dermatol Surg. 2004;30:756–60.

Landau M. chemical peel. Clin Dermatol 2008;26:200-8

Marrero GM, Katz BE. The new flúor-hydroxy pulse peel. A combination of 5-FU and glycolic acid. Dermatol Surg. 1998;24(9):973–8.

Reinoso YD, et al. Extrinsic skin aging. Treatment with tretinoin. An Bras Dermatol. 1993;68(1):3–6.

Safoury OS, et al. A study comparing chemical peeling using modified Jessner solution and 15% TCA versus 15% TCA in the treatment of melasma. Indian J Dermatol. 2009;54(1):41–5.

Salam A, et al. Chemical peeling in ethnic skin: an update.

Br J Dermatol. 2013;169:82–90.

Sarkar R, et al. Chemical peels for melasma in dark skinned patients. J Cutan Aesthet Surg. 2012;5(4):247–53.

Sarkar R, et al. Comparative evaluation of efficacy and tolerability of glycolic acid, salicylic mandelic acid and phytic acid combination peels in melasma. Dermatol Surg. 2016;42(3):384–91.

Sharquie KE, et al. Lactic acid as a new therapeutic peeling agent in melasma. Dermatol Surg. 2005;31 (2):149–54.

https://nhathuocngocanh.com/

Sharquie KE, et al. Lactic acid as a new therapeutic peeling agent in the treatment of Lifa disease (frictional dermal melanosis). Indian J Dermatol. 2012;57(6):444–8.

Vavouli C, et al. Chemical peeling with trichloroacetic acid and lactic acid for infraorbital dark circles. J Cosmet Dermatol. 2013;12:204–9.

Vigneron, JL. The wonderful world of the peelings. 24th EADV Congress. Copenhagen, October 2015.

Yokomizo VMF, et al. Chemical peels: review and practical applications. Surg Cosmet Dermatol. 2013;5(1):58–68.

Vigneron, JL. The wonderful world of the peelings. 24th EADV Congress. Copenhagen, October 2015.

Yokomizo VMF, et al. Chemical peels: review and practical applications. Surg Cosmet Dermatol. 2013;5(1):58–68.

https://nhathuocngocanh.com/

Chương 14

Xử lý biến chứng của Peel hóa chất

Lzelda Maria Carvalho Costa, Patrick Silva Damasceno, và Keila Gabrielle Pati Gomes

TÓM TẮT

Peel hóa chất là thủ thuật trong đó hóa chất peel được bôi lên da nhằm làm bong da có kiểm soát kèm theo quá trình tân tạo collagen diễn ra sau đó, đặc tính này được xem là phương tiện để áp dụng để điều trị mụn, rối loạn sắc tố và lão hóa ánh sáng (Nikalji, J Cutan Aesthet Surg 5(4):254-260,2012). Kết quả điều trị và biến chứng tùy thuộc vào độ sâu của tổn thương, peel càng sâu càng có hiệu quả đồng thời nguy cơ bị biến chứng càng cao.

Biến chứng thường xảy ra hơn đối với những bệnh nhân có da tối màu, nhiều hơn đối với một số loại chất peel, và do phơi bày với ánh sáng mặt trời (Nikalji, J Cutan Aesthet Surg 5(4):254-260,2012). Các biến chứng có rất nhiều loại khác nhau từ kích ứng da nhẹ, không đều màu da cho đến hình thành sẹo lâu dài. Trường hợp biến chứng đe dọa đến tính mạng là rất hiếm khi xảy ra. Hiểu biết về những biến chứng có thể xảy ra rất quan trọng để giúp chúng ta có thể dự phòng, hạn chế để xảy ra biến chứng (Gadelha và Costa, Dermatologia cirurgia dermatologica, 2nd edn. Atheneu, São Paulo, 2009).

Phù nề, đau, đỏ da kéo dài, ngứa, phản ứng dị ứng, viêm nang lông/mụn trứng cá, nhiễm trùng, tái nhiễm herpes, giảm sắc tố và tăng sắc tố, đường giới hạn giữa 2 vùng da khác màu, và sẹo là những biến chứng sẽ được bàn luận trong chương này.

Bước đầu tiên để tránh biến chứng xảy ra là nhận diện được những bệnh nhân có nguy cơ gặp biến chứng, từ đó có thể dự đoán và ngăn ngừa biến chứng có thể xảy ra, và nếu có xảy ra biến chứng thì phải điều trị sớm nhất có thể.

NỘI DUNG

- **Giới thiệu**
- **Những biến chứng có thể xảy ra đối với tất cả loại peel**
- **Biến chứng riêng đối với từng loại peel**
- **Kết luận**
- **Ghi nhớ**
- **Tham khảo**

https://nhathuocngocanh.com/

GIỚI THIỆU

Peel hóa chất là một thủ thuật sử dụng hóa chất có nồng độ xác định bôi lên da để gây phá hủy có kiểm soát các lớp tế bào của da kèm theo sau đó là quá trình tân tạo và tổ chức lại, nhờ đó sẽ giúp cải thiện cấu trúc của da và những bất thường ở bề mặt da (Anitha 2010). Phương pháp này được sử dụng những năm gần đây để phục hồi da cho những bệnh nhân ngoại viện cũng như để điều trị các bệnh lí da (Schurer và Wiest 2006). Một thủ thuật peel phải cân nhắc nhiều yếu tố khác nhau dựa trên hiểu biết rõ cấu trúc mục tiêu và tình trạng da của bệnh nhân, như phân loại hóa học của chất peel, nồng độ, tần suất peel, và áp lực peel (Fischer 2010).

Peel hóa học được phân thành peel nông, trung bình và sâu tùy thuộc vào độ sâu mà hóa chất có thể xâm nhập xuống được (Landau 2008). Trong peel nông, hóa chất chỉ xâm nhập vào lớp thượng bì và được sử dụng để cải thiện điều trị với nhiều loại bệnh bao gồm mụn trứng cá, nám má, rối loạn sắc tố và tổn thương ánh sáng. Với peel trung bình, hóa chất có thể xâm nhập đến lớp bì nhú và được sử dụng cho các rối loạn sắc tố, dày sừng ánh sáng đa điểm và sẹo nông. Còn trong peel sâu, hóa chất xâm nhập đến lớp bì lưới và có thể được sử dụng đối với lão hóa ánh sáng nặng, nếp nhăn sâu và sẹo. (Rendon 2010).

Kết quả đạt được và biến chứng tỉ lệ với mức độ peel. Mặc dù peel sâu có thể mang lại kết quả tốt hơn nhưng peel trung bình có thể cho phép thu được kết quả rất tốt với ít nguy cơ hơn so với peel sâu (Camacho 2005). Trước khi bắt đầu thực hiện phương pháp này trong thực hành chuyên khoa của mình, bạn phải hiểu rằng cũng giống như những thủ thuật y khoa khác peel hóa học cũng có rất nhiều tác dụng phụ tiềm ẩn.

Biến chứng khi peel hóa học có thể xảy ra dù được tiến hành một cách có kiểm soát. Các bác sĩ chuyên khoa da phải hiểu rõ các loại peel và đưa ra phác đồ chăm sóc sau thủ thuật dựa trên phân loại da của bệnh nhân (Brody 2001). Biến chứng thường xảy ra nhiều đối vơi bệnh nhân có phân loại da tối màu, xảy ra nhiều đối với một số loại hóa chất hơn và khi phơi bày ánh sáng (Nikalji 2012). Trường hợp biến chứng đe dọa đến tính mạng là rất hiếm khi xảy ra. Hiểu biết về những biến chứng có thể xảy ra rất quan trọng để giúp chúng ta có thể dự phòng, hạn chế để xảy ra biến chứng.

Bước đầu tiên để tránh biến chứng xảy ra là nhận diện được những bệnh nhân có nguy cơ gặp biến chứng, từ đó có thể dự đoán và ngăn ngừa biến chứng có thể xảy ra, và nếu có xảy ra biến chứng thì phải điều trị sớm nhất có thể. Những bệnh nhân có nguy cơ cao là những người có phân loại da tối màu với nguy cơ bị tăng sắc tố sau viêm; người có da dễ tổn thương hoặc tiền sử bị viêm da cơ địa; tiền sử nhạy cảm ánh sáng hoặc tăng sắc tố sau viên; da khô; làm việc ngoài trời; đang sử dụng thuốc nhạy cảm với ánh sáng; tiền sử sẹo lồi, chậm lành vết thương (hình 1) hoặc nhiễm herpes; người gần đây có sử dụng isotretinoin; người có kỳ vọng phi thực tế; bệnh nhân

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 1: chậm lành vết thương. Cần thời gian trên 6 tuần để tái tạo thượng bì sau khi peel TCA 25% ở vùng sau đùi (vùng có ít cấu trúc nang lông)

Bảng 1: biến chứng phổ biến của tất cả các loại peel

Đỏ da kéo dài	Giãn mạch
Tổn thương ổ mắt	Nhiễm trùng
Phù nề	Tái nhiễm herpes
Đau và bỏng rát	Mụn thịt (milia)
Ngứa	Đường ranh giới giữa 2 vùng da khác màu
Viêm nang lông/ mụn	Thay đổi cấu trúc da
Phản ứng dị ứng	Giảm sắc tố
Nổi mụn nước	Tăng sắc tố
Bầm máu	Sẹo

không hợp tác và hay om sòm, và những người có rối loạn tâm thần (Anitha 2010).

Việc lựa chọn kĩ thuật peel phù hợp dựa vào việc khám cẩn thận da tổn thương của bệnh nhân và kĩ thuật được lựa chọn để điều trị phải mang lại lợi ích cao hơn so với nguy cơ. Quy trình điều trị cuối cùng nên được cá nhân hóa tùy theo nhu cầu của bệnh nhân (Mataraso và Glogau 1991). Mặc dù trên thực tế các biến chứng có thể xảy ra nhưng thủ thuật peel da vẫn đóng vai trò quang trọng trong điều trị các bệnh lí cụ thể của da mà các phương pháp phẫu thuật tiêu chẩn không thể xử lí tốt được (Litton và Trinidad 1981).

Để tránh những tình huống xấu xảy ra trong tương lai, cần lấy phiếu đồng thuận của bệnh nhân và chụp ảnh bệnh nhân dưới ánh sáng thích hợp ở tất cả bệnh nhân (Anitha 2010). Bên cạnh đó, cần nhắc nhở bệnh nhân không nên xếp những sự kiện quan trọng của họ trong ít nhất 5 ngày sau peel nông (Khunger 2009), 20 ngày sau peel trung bình, và 30 ngày sau peel sâu. Các biến chứng quan trọng được mô tả trong bảng 1.

https://nhathuocngocanh.com/

NHỮNG BIẾN CHỨNG CÓ THỂ XUẤT HIỆN Ở TẤT CẢ CÁC LOẠI PEEL

Đỏ da kéo dài

Đỏ da là dấu hiệu bình thường sau tất cả các loại peel, nhưng đỏ da kéo dài là hậu quả của sự giãn mạch, điều này cho thấy đã có sự tăng sản mô sợi do bị kích thích trong một khoảng thời gian dài. Do đó có thể làm cho da trở nên dày và tạo sẹo (Nikalji 2012).

Một vài nguyên nhân gây ra tình trạng đỏ da kéo dài được biết là bệnh nhân có sử dụng retinoin bôi ngay trước và sau khi làm thủ thuật, uống isotretinoin trước khi làm thủ thuật, uống thức uống có cồn (Spira 1974), viêm da tiếp xúc, nhạy cảm tiếp xúc, và một vài bệnh da trước đó (trứng cá đỏ, viêm da cơ địa, lupus ban đỏ).

Peel trung bình và peel sâu có xu hướng dễ bị đỏ da kéo dài hơn. Đỏ da thường biến mất sau 3-5 ngày khi peel nông, 15-30 ngày khi peel trung bình và 60-90 ngày sau peel sâu (Monheit 2004).

Đỏ da kéo dài phải được xử lí càng sớm càng tốt ngay khi mà nó được chẩn đoán với steroid bôi mạnh trong 1-2 tuần, sử dụng mủ và chống nắng, và chất làm mềm liên tục. Thỉnh thoảng, có thể dùng phấn phủ màu da để che da đỏ trong thời gian điều trị. Tiêm steroid vào sang thương, uống hoặc tiêm bắp steroid cũng có thể được sử dụng trong những trường hợp không đáp ứng. Đỏ da kéo dài có xu hướng đáp ứng tốt với các máy IPL hoặc PDL (Tung và Rubin 2011).

Điều chỉnh kì vọng của bệnh nhân trước khi tiến hành thủ thuật à bắt buộc vì bệnh nhân sẽ đánh giá tốt nếu được thông tin về kết quả và những vấn đề có thể xảy ra trong khoảng thời gian sau peel (Levy và Emer 2012).

Tổn thương mắt

Nếu vô tình để dính bất kì hóa chất nào vào mắt thì có thể ngay lập tức gây tổn thương giác mạc, do đó các bác sĩ phải hết sức cẩn thận khi peel ở vùng quanh mắt. Một khi lỡ bị dính hóa chất vào mắt thì ngay lập tức rửa mắt với dung dịch saline để tránh gây tổn thương giác mạc. Nếu bị dính vào mắt khi peel phenol thì nên rửa mắt bằng sử dụng dầu khoáng thay vì saline (Nikalji 2012).

Một cách tiếp cận để giúp hạn chế biến chứng này là có sẵn tăm bông để nhanh chóng loại bỏ những giọt nước mắt nằm cạnh mí và một bơm tiêm chứa đầy saline để sẵn trong trường hợp bị dính acid vào mắt (Tung và Rubin 2011).

Đã có những trường hợp bị bị lộn mí mắt do sẹo được báo cáo ở những bệnh nhân được peel phenol, và lộn mí mắt dưới cũng đã được báo cáo đã xảy ra ở những bệnh nhân peel sâu kèm với phẫu thuật thẩm mỹ ở vùng mí mắt (Dailey 1998). Những yếu tố nguy cơ là bệnh nhân lớn tuổi da không còn săn chắc, bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật thẩm mĩ vùng mí mắt trước đó, và bệnh nhân có da mỏng (Nikalji 2012). Trong hầu hết trường hợp, biến chứng này có thể tự giới hạn (tự lành) và không cần điều trị đặc hiệu nào, chỉ cần chăm sóc bảo tồn (massage vùng da dưới mí, vỗ nhẹ mí mắt đặc biệt vào buổi tối và bảo vệ nhãn cầu với nước mắt nhân tạo (Mendelsohn 2002).

https://nhathuocngocanh.com/

Phù nề

Tất cả những hóa chất được sử dụng để có thể gây phù nề, mặc dù biến chứng này thường xảy ra hơn khi peel sâu. Phù nề là biến chứng có thể dự đoán được và xuất hiện từ 24-72h sau khi làm thủ thuật, và nó có thể mất vài ngày để phục hồi. Thông thường chỉ bị phù nhẹ, nhưng phù có thể tương đối nhiều ở vùng da gần mắt. Dự đoán trước cho bệnh nhân là cách giúp họ cảm thấy đỡ lo lắng hơn một khi biến chứng này xảy ra. Sử dụng nước đá, kháng histamine (loratadine 10mg, hydroxyzine 25mg, diphenhydramine 25-75 mg buổi tối), và chăm sóc vết thương hợp lí là những cách để tránh tình trạng phù nề nặng. Đối với những bệnh nhân bị phù nề nặng nên sử dụng steroid hệ thống như prednisolone hoặc methylprednisolone. Một vài bác sĩ chọn việc sử dụng steroid hệ thống để dự phòng phù nề nhưng có thể sẽ làm chậm lành vết thương (Tung và Rubin 2011).

Đau và rát bỏng

Đau là biến chứng có thể dự đoán được và là biến chứng thường gặp khi peel trung bình và peel sâu. Mức độ đau dao động khác nhau giữa các bệnh nhân, và nó có thể ở mức độ từ rất thấp đến rất cao. Trong peel trung bình, đau kéo dài chỉ trong một vài phút sau khi bôi hóa chất, và thường không cần phải dùng thuốc giảm đau cho bệnh nhân. Trong quá trình làm thủ thuật có thể dùng lidocaine 2.5% + prilocaine 2.5% hoặc lidocaine 4% để giúp bệnh nhân giảm đau mà không ảnh hưởng gì đến sự xâm nhập vào da của hóa chất peel. Peel sâu thường gây đau nhiều hơn và đau tăng lên dần nhiều giờ sau thủ thuật, duy trì tối đa từ 8-12h (Tung và Rubin 2011). Phơi nắng kéo dài, bôi không đủ chống nắng, sử dụng retinoid bôi hoặc glycolic acid ngay sau khi peel có thể đưa đến biến chứng này (Nikalji 2012). Một cách khó hiểu, trong một vài trường hợp, chất chống nắng có thể tự nó gây nhạy cảm tiếp xúc hoặc viêm da kích ứng (Uday 2007). Bệnh nhân thường có cảm giác đau và rát bỏng thường ngay trong quá trình peel nếu có da kiểu nhạy cảm.

Áp nước đá lạnh ngay sau khi làm thủ thuật giúp giảm đau và cảm giác bỏng rát (Nikalji 2012). Đối với peel sâu thì cần phải sử dụng gây tê mạnh cho bệnh nhân. Tương tự, bôi kem calamine có thể giúp làm mềm da. Có thể sử dụng teroid bôi như hydrocortisone hoặc fluticasone để giảm viêm, sử dụng chất dưỡng ẩm, và chống nắng để hạn chế tình trạng tăng sắc tố sau viêm (Nikalji 2012).

Ngứa

Ngứa do quá trình tái tạo thượng bì, thường bắt đầu trong 2 tuần đầu tiên sau điều trị và kéo dài trong khoảng 1 tháng, triệu chứng này thường xuất hiện sau peel trung bình và peel sâu. Nếu xuất hiện nó có thể làm nặng thêm tình trạng đỏ da và mủ; cẩn thận vì có thể có khả năng do dị ứng tiếp xúc với kem bôi dùng để chăm sóc vết thương (Tung và Rubin 2011). Một vài bệnh nhân cảm thấy rất khó chịu khi ngứa do đó nên cho bệnh nhân uống kháng histamine và bôi kem hydrocortisone. Để tránh gây

https://nhathuocngocanh.com/

teo da và giãn mạch cần lưu ý khi sử dụng steroid có chứa flo.

Viêm da và mụn

Đối với bệnh nhân có da dễ tổn thương thì peel hóa chất có thể làm bùng phát viêm nang lông hoặc mụn trứng cá. Thời gian ngắn sau khi peel, rất nhiều sẩn đỏ có thể xuất hiện, hầu hết các trường hợp là do sử dụng dưỡng ẩm trong thời gian này. Điều trị đối với tình trạng này tương đối khó khăn do hầu hết những kem bôi trị mụn gây kích ứng đối với da đang hồi phục. Kháng sinh đường uống (tetracycline 500mg 2 lần mỗi ngày/ minocycline 100 mg 2 lần mỗi ngày) có thể được sử dụng trong trường hợp này và tình trạng được cải thiện trong vòng 1 tuần (Tung và Rubin 2011).

Phản ứng dị ứng

Viêm da tiếp xúc dị ứng thường xảy ra với resorcinol, salicylic acid, kojic acid, và lactic acid (Nikalji 2012). Bất kì loại peel nào cũng có thể gây viêm da kích ứng, đặc biệt nếu sử dụng với tần suất nhiều lần, không đúng nồng độ hoặc chuẩn bị da bệnh nhân quá mức với acetone hoặc những dung dịch tẩy nhờn khác

Phản ứng dị ứng bình thường gây ra bởi resorcinol thường là ở dạng phát ban mày đay. Những hóa chất như TCA hoặc glycolic acid chưa có báo cáo nào về tình trạng phản ứng dị ứng; tuy nhiên TCA có thể gây mày đay cholinergic (Tung và Rubin 2011). Nếu xuất hiện phản ứng dị ứng, có thể điều trị bằng kháng histamine. Đều khó khăn ở đây là phân biệt giữa phản ứng dị ứng với đỏ da và phù sau peel. Nếu bệnh nhân có tiền sử dị ứng với bất kì loại chất peel nào thì nên cho bệnh nhân uống kháng histamine dự phòng.

Nổi mụn nước

Tình trạng này thường xuất hiện ở những bệnh nhân trẻ có da lỏng lẽo vùng quanh mắt. Peel sâu hơn bình thường đặc biệt là với alpha-hydroxy acid có thể dẫn đến li giải thượng bì, rộp da và nổi mụn nước đặc biệt là ở những vùng da yếu như nếp gấp mũi má và vùng quanh miệng. TCA 50% và glycolic acid 70% có thể gây nổi mụn nước. Để tránh biến chứng này, những vùng như nếp gấp mũi má, khóe mắt trong, và góc miệng nên được bảo vệ bằng thạch petroleum (Nikalji 2012).

Bầm tím

Biến chứng này thường xảy ra ở vùng dưới ổ mắt của một vài bệnh nhân và là biến chứng ít gặp của peel hóa chất. Tình trạng này thường liên quan đến với tình trạng phù nề nặng sau peel, với những bệnh nhân có teo da hoặc bệnh nhân có tổn thương da ánh sáng (Tung và Rubin 2011). Bầm tím sẽ biến mất tự nhiên và dự phòng tốt nhất là điều trị tình trạng phù nề trước khi bầm tím xuất hiện, luôn cảnh báo cho những bệnh nhân có nguy cơ về những biến chứng có thể xảy ra sâu peel.

Giãn mạch

Giãn mạch bề mặt có thể xử lí bằng peel hóa chất; tuy nhiên hầu hết tình trạng giãn mạch máu đều nằm ở sâu bên dưới và do đó trở nên thấy rõ hơn sau khi peel vì những tình trạng

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 2: nhiễm trùng sau peel trung bình (Jessner + TCA 35%). Bệnh nhân đã được điều trị với cephalexin trong một tuần và bức ảnh thứ hai cho thấy hiệu quả sau 1 tuần điều trị.

thay đổi do ánh sáng và sắc tố đã bị loại bỏ bởi quá trình peel. Giải thích trước cho bệnh nhân về khả năng xảy ra của biến chứng này trước khi tiến hành thủ thuật.

Nếu bệnh nhân vẫn lo lắng về tình trạng giãn mạch có thể sử dụng IPL, phẫu thuật điện hoặc laser mạch máu để loại bỏ giãn mạch ở da (Tung và Rubin 2011). Bệnh nhân nếu có sẵn tình trạng giãn mạch thì sau peel phenol sẽ thấy rõ hơn tình trạng này (Gadelha và Costa 2009).

Nhiễm vi khuẩn

Thường thì ít khi xảy ra tình trạng nhiễm khuẩn sau khi peel vì những hóa chất peel được sử dụng đều có khả năng diệt khuẩn. Tuy nhiên, nếu bôi dầu dầy gây bít tắt quá lâu, chăm sóc vết thương kém hoặc sự thiếu hiểu biết của bệnh nhân về chăm sóc vết thương, tích tụ những mảnh hoại tử, và tình trạng chốc hóa là những yếu tố nguy cơ góp phần tạo cơ hội cho vi khuẩn như Streptococus, Staphylococus, hay Pseudomonas phát triển (Nikalji 2012; Levy và Emer 2012). Những đặc điểm lâm sàng của nhiễm trùng là chậm lành vết thương, viêm nang lông, loét và đóng mài (hình 2).

Để giảm nguy cơ bị nhiễm trùng, bệnh nhân cần được căn dặn là nên rửa sạch lớp da hoại tử hoặc lớp mài bằng cách đắp gạc thấm acetic acid 0.5% 3 lần mỗi ngày cho đến khi sạch lớp mài hoặc sử dụng mỡ kháng sinh dùng trong mũi nếu bệnh nhân có nguy cơ nhiễm trùng (Tung và Rubin 2011). Nếu xảy ra tình trạng nhiễm trùng trong thời gian sau peel, thì cần phải theo dõi cẩn thận vì sẽ có nguy cơ hình thành sẹo nếu không được điều trị thích hợp với kháng sinh phổ rộng. Ngoài ra, cấy vi khuẩn và nhuộm gram nên được tiến hành trước kkhi bắt đầu điều trị để giúp đưa ra lựa chọn kháng sinh phù hợp.

https://nhathuocngocanh.com/

Nếu bệnh nhân có sốt, ngất do huyết áp thấp, nôn, hoặc tiêu chảy 2-3 ngày sau khi peel kèm theo nổi ban dạng tinh hồng nhiệt và bong vảy sau đó thì bác sĩ nên cảnh giác sự tồn tại của hội chứng shock ngộ độc. Những triệu chứng khác bao gồm đau cơ, sung huyết niêm mạc, và các triệu chứng liên quan đến gan thận, máu, hoặc hệ thống thần kinh trung ương. Nên truyền dịch tĩnh mạch và kháng sinh chống vi khuẩn đề kháng betalactamase để tránh tình trạng suy mạch máu (Dmytryshyn 1983; Loverme 1987).

Nhiễm nấm candida

Nhiễm candida có thể xảy ra và khó có thể nhận biết được do da đã bị ăn mòn. Khi nhiễm trùng candida thường có mủ trên bề mặt da (Nikalji 2012).

Những yếu tố nguy cơ làm dễ nhiễm candida bao gồm sử dụng kháng sinh đường uống trong thời gian gần đây, bệnh nhân suy giảm miễn dịch hoặc mắc bệnh đái tháo đường, và sử dụng kéo dài corticosteroid bôi. Cần lưu ý là nhiễm candida thường khôngxuất hiện nếu là peel bằng phenol (Tung và Rubin 2011).

Tái nhiễm herpes

Sự tái nhiễm herpes có thể xảy ra sau những chấn thương da được gây ra bởi peel hóa chất, do đó bệnh nhân cần phải được hỏi kĩ về tiền sử nhiễm herpes. Thời điểm khởi phát herpes có thể khác nhau từ 5 đến 12 ngày hoặc thậm chí là lâu hơn (Gadelha và Costa 2009). Do da không có đầy đủ lớp thượng bì do peel nên những tổn thương do tái nhiễm herpes thường không phải dạng mụn nước mà xuất hiện ở dạng những chỗ loét nông và loét với đường kính 2-3 mm, hình tròn, ở riêng một vùng hoặc trong vùng có nền da đỏ. Để điều trị có thể dùng acyclovir (400mg 4-5 lần/ngày) hoặc valacyclovir (500mg 3 lần/ngày) (Spira 1974). Điều trị dự phòng bằng acyclovir uống (200-400mg 3 lần/ngày) hoặc valacyclovir (500 mg 2 lần/ngày) bắt đầu 2-3 ngày trước khi làm thủ thuật và uống trong 14 ngày tiếp sau đó (Nikalji 2012). Mục đích điều trị là tránh để lại sẹo, mặc dù nhiễm herpes thường sẽ lành mà không để lại sẹo (Gadelha và Costa 2009; Tung và Rubin 2011). Những tổn thương herpes kéo dài nên được cấy vi khuẩn và điều trị kháng sinh kéo dài vì khó có thể phân biệt chốc với tổn thương herpes trong giai đoạn lành vết thương sau peel.

Các biến chứng nhiễm trùng thường gặp nhất được liệt kê trong bảng 2.

https://nhathuocngocanh.com/

Bảng 2. Biến chứng nhiễm trùng

Vi khuẩn	Vi rút	Nấm
Staphylococus	Herpes simplex	Candidasis
Streptococus		
Pseudomonas		
Hội chứng sốc nhiễm độc		

Đường ranh giới giữa các vùng da khác màu

Đường ranh giới là vùng chuyển tiếp màu sắc da nơi mà vùng da được peel gặp vùng da không được peel, và biến chứng này thường xuất hiện ở vùng dưới hàm, cạnh mắt, và quanh miệng. Thực ra bản chất nó không phải là một biến chứng; đường này chỉ là đường ranh giới giữa vùng da được và không được điều trị mà thôi. Tuy nhiên nó làm mất tính thẩm mỹ khi xuất hiện quá rõ ràng (Gadelha và Costa 2009). Để tránh những đường này thì trong quá tình peel trung bình và peel sâu, đặc biệt là ở những người có da tối màu, nên sử dụng hóa chất peel với nồng độ thấp hơn ở sát vùng rìa để nối tiếp với vùng da bình thường xung quanh (Nikalji 2012). Bác sĩ tiến hành cũng nên cẩn thận tránh tình trạng bôi hóa chất không đều.

Để đạt được kết quả tốt ở vùng quanh mắt, peel hóa chất nên thực hiện ngay bên dưới lông mi ở mí dưới và ở vùng nếp nhăn trên sụn mi. Ở vùng quanh miệng, peel da nên thực hiện ở nếp gấp mũi má, tuy nhiên không nên peel ở má và để lại đường ranh giới ở nếp gấp mũi má hơn là ở trung tâm của má. Ở vùng chân tóc và vùng hàm, nên tiến hành peel ăn sâu vào phía trong đường chân tóc và bôi đến vùng bên dưới góc hàm đến vùng cổ (Spira 1974). Cần lưu ý là những người có làm các thủ thuật trên mặt như căng da mặt có thể xuất hiện đường ranh giới trên mặt.

Nếu đường ranh giới do peel này quá rõ, thì phần còn lại của da có thể được điều trị bằng peel trung bình hoặc peeel sâu. Do vùng cổ rất ít đơn vị nang lông tuyến bã, đây là thành phần cần thiết cho quá trình tái tạo thượng bì nên đường ranh giới giữa vùng mặt và cổ có nguy cơ để lại sẹo và co kéo. Một lời khuyên là nên tránh sử dụng dung dịch Baker ở vùng cổ. Và những vùng xung quanh vùng peel nên sử dụng những công thức peel xâm nhập ít hơn (Gadelha và Costa 2009).

Thay đổi cấu trúc da

Như là kết quả của việc bị loại bỏ lớp thượng bì, lỗ chân lông giãn to có thể xuất hiện thoáng qua sau thủ thuật.

https://nhathuocngocanh.com/

Các sản phẩm mỹ phẩm như dầu và các chất khác nên ngưng trước khi peel vì chúng có thể làm giảm sự thấm của acid peel vì nó dẫn đến peel không đều, và ngay lập tức có thể đưa đến kết quả không tốt biểu hiện bởi sự thay đổi cấu trúc có thể thấy được trên da. Tương tự, thay đổi cấu trúc da có thể xảy ra do áp dụng kĩ thuật không phù hợp hoặc bệnh nhân phản ứng với hóa chất peel. Cần căn dặn bệnh nhân là nên tránh bôi những sản phẩm chứa dầu trong những ngày đầu sau thủ thuật. Nên bôi hóa chất đồng đều để tránh trường hợp peel quá sâu ở một số vùng. Nếu peel quá mức, vi mài da (microdermabrasion) hoặc peel lại vùng da bị ảnh hưởng có thể giúp giải quyết vấn đề (Tung và Rubin 2011).

Giảm sắc tố

Giảm sắc tố nhẹ có thể được dự đoán sau khi peel vì hóa chất được sử dụng trong thủ thuật sẽ gây bong da. Thường thì sẽ thấy ở vùng cằm, cổ nơi mà vùng da không được điều trị ở cổ nhìn không giống với da vùng được peel ở mặt. Khi các tế bào bị lột bỏ, lượng melanin trong thượng bì sẽ bị giảm xuống. Trong các loại peel thượng bì, giảm sắc tố có thể dự đoán trước được nhưng chỉ là biến chứng tạm thời (Spira 1974). Nếu toàn bộ thượng bì bị loại bỏ, thì các tế bào sắc tố cũng sẽ bị loại bỏ và cần một khoảng thời gian để những tế bào sắc tố mới di chuyển đến vùng thượng bì mới. Tuy nhiên giảm sắc tố vĩnh viễn là một biến chứng rất đáng sợ của peel, thường xảy ra ở người có da tối màu. Biến chứng này xảy ra khi hóa chất peel xâm nhập quá sâu so với mức mong muốn, nó xuất hiện một cách ngẫu nhiên và dễ bị chú ý. Ngoài ra, nhiễm trùng và sẹo có thể đưa đến giảm sắc tố và đặc biệt rõ ở bệnh nhân có phân loại da típ III trở lên. Vẻ bề ngoài mỏng manh được mô tả nhìn như "tượng ngọc thạch" chỉ được xuất hiện sau khi đỏ da nhạt dần và là nét đặc trưng của peel phenol do tác dụng gây độc trực tiếp lên tế bào sắc tố của phenol (Tung và Rubin 2011).

Tăng sắc tố

Biến chứng này có thể xảy ra sau peel nhưng thường xuất hiện từ 4 ngày đến 2 tháng sau thủ thuật (Gadelha và Costa 2009). Đây là biến chứng phổ biến nhất khi peel TCA và có thể kéo dài nếu không điều trị phù hợp. Ngoài ra một đều cũng rất quan trọng là phải dùng đèn wood để kiểm tra mức độ tăng sắc tố. Trong peel nông, biến chứng thường là tăng sắc tố hoặc rối loạn sắc tố thoáng qua, đặc biệt là ở bệnh nhân có da tối màu (Gadelha và Costa 2009) (hình 3). Những đốm nâu hoặc nevi có thể bộc lộ rõ hơn tạm thời vì những thương tổn ánh sáng ở vùng bên cạnh đã bị loại bỏ.

Nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao bao gồm người có phân loại da típ III-VI, phân loại da típ I, II mà phơi nắng quá nhiều hoặc tắm nâu, người sử dụng những chất nhạy cảm ánh sáng, tiếp xúc với ánh nắng quá sớm sau thủ thuật mà không sử dụng chống nắng phổ rộng đầy đủ, sử dụng thuốc chứa estrogen như thuốc tránh thai dạng uống và liệu pháp thay thế hormone (Nikalji 2012). Ở bệnh nhân có tiền sử

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 3: Tăng sắc tố sau 30 ngày peel trung bình (Jessner + TCA 35%). Bức ảnh thứ hai là kết quả cuối cùng sau khi điều trị bằng retinoic acid+ hydroquinone.

tăng sắc tố từ những tổn thương da khác sẽ có nguy cơ cao bị tăng sắc tố sau viêm và cần phải test bằng peel điểm trước khi tiến hành thủ thuật trên toàn bộ khuôn mặt ở những đối tượng này.

Hydroquinone 4-6% là chất được sử dụng nhiều nhất để điều trị tăng sắc tố và có thể phối hợp với tretinoin để làm tăng hiệu quả làm trắng khi da đã hồi phục (Tung và Rubin 2011). Nếu bệnh nhân quá nhạy cảm với hydroquinone có thể lựa chọn thay thế bằng vitamin C, kojic acid, và azelaic acid. Trong một vài trường hợp, một loại peel (glycolic acid, 30-40%) có thể được dùng để làm tăng hiệu quả. Nếu bệnh nhân đang tồn tại những tăng sắc tố thì việc chuẩn bị da trước peel ít nhất 2-4 tuần và ngưng trước thủ thuật từ 3-5 ngày là rất quan trọng (Tung và Rubin 2011; Levy và Emer 2012). Trong bước chuẩn bị có thể sử dụng chất ức chế melamin như hydroquinone hoặc retinoic acid.

Để đạt kể quả tốt hơn, sử dụng các sản phẩm chăm sóc da tốt đóng vai trò quan trọng vì nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng da được peel sẽ trở lại tình trạng bình thường trong 2-6 tháng nếu không có điều trị duy trì. Bệnh nhân nên sử dụng chống nắng phổ rộng (UVA và UVB) trước và sau khi peel và nên tránh nắng nghiêm ngặt. Nên ngưng thuốc tránh thai trước khi peel vì nó có thể khởi phát những sự thay đổi sắc tố.

Sẹo

Sẹo là biến chứng đáng sợ nhất và có thể xuất hiện 2-3 tháng sau khi peel (Gadelha và Costa 2009). Các bác sĩ cần phải cảnh báo bệnh nhân về khả năng này trước khi tiến hành thủ thuật và cần phải nhận biết những bệnh nhân có nguy cơ cao xuất hiện sẹo. Đỏ da kéo dài có thể là dấu hiệu sớm của sẹo. Mặc dù đây không phải là biến chứng thường xuyên khi peel hóa chất nhưng đây là biến chứng khó điều trị nhất. May thay, sẹo hơi phì đại thường phổ biến hơn so với sẹo lồi, sẹo co rút, sẹo teo và sẹo hoại tử (Gadelha và Costa 2009). Sẹo lồi và sẹo co rút ảnh thưởng đến chức năng và vận động của khuôn mặt, do đó có

https://nhathuocngocanh.com/

thể can thiệp phẫu thuật kết hợp với nhiều điều trị khác để giảm tối đa biến chứng này. Nguy cơ sẹo lồi từ peel trung bình thường thấp, nhưng nếu xuất hiện thì thường thấy ở vùng da xương hàm dưới, quanh miệng, xương má, quai hàm, góc trong mí mắt, và những vùng chuyển động nhiều của khuôn mặt (Gadelha và Costa 2009). Tỉ lệ sẹo cao nhất là ở một phần ba dưới của khuôn mặt do liên quan đến vận động nói và ăn và do đây cũng là vùng có tỉ lệ can thiệp cao nhất. Nhớ rằng vùng cổ, trên xương ức và vùng dưới cằm thường có xu hướng bị sẹo lồi (Gadelha và Costa 2009). Sẹo teo thường không phổ biến khi peel phenol, và peel TCA có xu hướng tạo sẹo nhiều hơn so với phenol vì nó ăn mòn nhiều hơn (hình 4 và 5).

Hình 4: sẹo xuất hiện sau 40 ngày peel trung bình (Jessner + TCA 35%)

Hình 5: sẹo sau 6 tháng peel bằng TCA 50%

Nếu bệnh nhân có tiền sử chậm lành vết thương, sẹo phì đại hoặc sẹo lồi, tổn thương ánh sáng quá nhiều, hoặc đang trải qua peel sâu thì sẽ có nguy cơ nhiều hơn bị biến chứng sẹo. Da vùng cổ, vùng mu bàn tay, và ngực luôn có nguy cơ để lại sẹo vì những vùng này không có đủ cấu trúc nang lông cần thiết cho quá trình tái tạo thượng bì. Bác sĩ thực hiện cần lưu ý là không peel lại vùng da mà đã được peel trước đó trong thời gian không lâu và không đủ thời gian để hồi phục.

Những yếu tố nguy cơ khác bao gồm có tiền sử hút thuốc, phẫu thuật mặt gần đây, có sử dụng thủ thuật tái tạo da mặt xâm lấn gần đây (gồm dermabrasion hoặc laser trong vòng 6 tháng trở lại) (singh-Behl và Tung 2008), bôi nhiều lần TCA, và peel trung bình ở những vùng như xương hàm, cổ và ngực. Vì TCA có khả năng

https://nhathuocngocanh.com/

xâm nhập sâu vào lớp bì lưới, nên những bệnh nhân da mỏng nếu thực hiện peel TCA sẽ có xu hướng bị sẹo cao hơn. Một vài tác giả đã đưa ra giả thuyết rằng những bệnh nhân đã triệt lông bằng laser trong thời gian gần đây có thể có thời gian lành vết thương lâu hơn sau khi peel nông hoặc peel sâu vì quá trình tái tạo thượng bì xảy ra nhờ các cấu trúc phụ mà đã bị loại bỏ khi điều trị triệt lông trước đó (Nikalji 2012). Việc sử dụng isotretinoin cũng liên quan đến sự chậm lành vết thương và làm tăng tỉ lệ biến chứng sẹo. Nếu bệnh nhân có sử dụng isotretinoin thì phải ngưng ít nhất 6 tháng trước khi tiến hành peel trung bình hoặc peel sâu (Tung và Rubin 2011).

Những dấu hiệu đầu tiên của biến chứng sẹo là đỏ da kéo dài, ngứa, và chậm lành vết thương (cần nhiều hơn 2 tuần để tái tạo thượng bì). Nếu xuất hiện những triệu chứng trên thì nên điều trị ngay bằng cách bôi steroid mạnh, và không quên lưu ý đến biến chứng giãn mạch và teo da khi sử dụng steroid kéo dài. Nếu da bệnh nhân mất khoảng thời gian nhiều hơn 2 tuần để tái tạo thượng bì thì cần phải can thiệp mạnh bằng cách đắp gạc sinh học và kháng sinh (Tung và Rubin 2011). Nếu sẹo đã hình thành thì điều trị tốt nhất là tiêm steroid vào sẹo (triamcinolone 10-40 mg/cc). Massage, miếng silicone gel, đắp gạc ướt, và băng thấm steroid có thể được sử dụng để làm mềm những tổn thương sẹo cứng. Các thiết bị IPL và PDL có thể có ích trong trường hợp sẹo đỏ. Phẫu thuật cắt sẹo chỉ được thực hiện sau thời gian tối thiểu là 6 tháng (Gadelha và Costa 2009).

BIẾN CHỨNG RIÊNG CỦA TỪNG LOẠI PEEL

Mặc dù hiếm nhưng ngộ độc có thể xảy ra với resorcinol, salicylic acid, và phenol (Khunger 2008).

Ngộ độc salicylic acid

Nếu một lượng lớn salicylic acid được hấp thu thì có thể gây ra độc tính toàn thân như ù tai, buồn nông, nôn, thở nhanh sâu, kích thích dạ dày ruột, và thậm chí là tai biến mạch máu não. Vì salicylic acid thường có trong các công thức Jessner và Combe, đây là những công thức peel thường được dùng do đó bệnh nhân nên lưu ý những triệu chứng kể trên và không được uống quá nhiều aspirin vì thuốc này có tác dụng hiệp lực với salicylic acid (Tung và Rubi 2011).

Ngộ độc resorcinol

Resorcinol có ¼ sức mạnh của phenol và không nên bôi trên vùng diện tích rộng như là vùng lưng (Tung và Rubin 2011). Bác sĩ tiến hành nên hạn chế nồng độ của chất này trong dung dịch peel vì nếu như nó được bôi quá mức có thể đưa đến ngộ độc hệ thống ở nhiều mức độ khác nhau như buồn nôn, nôn, tiêu chảy, tái nhợt, đổ mồ hôi lạnh, rung tay, chóng mặt, uể oải, đau đầu, chậm nhịp tim, liệt, khó thở, toát mồ hôi và căng thẳng (Tung và Rubin 2011). Sử dụng resorcinol liên tục có thể đưa đến phù niêm vì chất này có hoạt tính ức chế tuyến ức. Có thể bôi lặp lại resorcinol ở bệnh nhân có trọng lượng cơ thể thấp nhưng phải hết sức lưu ý (Nikalji 2012).

https://nhathuocngocanh.com/

Ngộ độc phenol

Phenol được chuyển hóa ở gan và bài tiết qua thận, do đó nó sẽ gây tổn thương hai cơ quan này khi sử dụng nồng độ cao. Từ 20-25% lượng phenol được hấp thụ bởi gan được liên kết với glucuronic acid và sulfuric acid và sau đó được bài tiết. 70-80% lượng phenol được hấp thụ bài tiết qua nước tiểu trong 15-20 phút sau khi bôi. Do đó, khi dùng peel phenol thì khuôn mặt phải được chia ra tối thiểu là 5 vùng, và khoảng cách thời gian bôi giữa các vùng là 15 phút để nồng độ phenol đã được hấp thu có đủ thời gian để bài tiết qua nước tiểu mà không gây độc lên tim (Glogau và Matarasso 1995; Stuzin 1998). Để tăng tốc độ đào thải phenol và giảm thiểu tối đa biến chứng hệ thống bệnh nhân nên được cấp dịch qua đường tĩnh mạch và được theo dõi tim bằng monitoring (Gross 1984).

Ngộ độc tim là biến chứng toàn thân hay gặp nhất do peel phenol và peel với nồng độ phenol càng cao thì ngộ độc hệ thống càng nặng (Spira 1974). Ngộ độc hệ thống phenol có thể đưa đến rối loạn nhịp mặc dù chắc năng tim trước đó hoàn toàn bình thường. Sự xuất hiện của biến chứng rối loạn nhịp không phụ thuộc vào tuổi, giới tính, hoặc có hay không có sử dụng công thức có chứa xà phòng. 30 phút sau khi peel phenol, bệnh nhân có thể thấy tim đập nhanh, kèm theo sau đó là ngoại tâm thu thất, và nhanh thất (Nikalji 2012). Một vài bệnh nhân có thể tiến triển đến rung nhĩ (Velasco 2004; Truppman và Ellenby 1979). Để hạn chế biến chứng, không nên peel phenol trên diện tích rộng. Peel phenol khu trú phối hợp với một loại peel trung bình khác ở những vùng còn lại sẽ an toàn hơn so với việc peel phenol toàn bộ khuôn mặt.

Landau đã quan sát thấy sự xuất hiện của biến chứng lên tim khi peel sâu đúng kĩ thuật sẽ thấp hơn. Trong tổng số 181 bệnh nhân được điều trị với peel phenol trong thời gian nghiên cứu, có 12 bệnh nhân (6.6%) có rối loạn nhịp tim được ghi nhận trong khi làm thủ thuật. Cũng theo nghiên cứu này, rối loạn nhịp tim xuất hiện thường xuyên hơn ở những đối tượng bệnh nhân mắc đái tháo đường, tăng huyết áp, và trầm cảm (Landau 2007).

Các triệu chứng như thở rít thanh quản, khàn giọng, và thở nhanh xuất hiện trong vòng 24h sau khi peel và giảm dần trong vòng 24h sau khi bắt đầu thở khí dung với sương aerosol (Klein và Little 1983). Những triệu chứng này xuất hiện có thể do phản ứng quá mẫn ở thanh quản và phải được điều trị ngay lập tức. Quá trình kích ứng thanh quản mạn tính ở những người hút thuốc lá sẽ làm tăng khả năng xuất hiện của biến chứng này. Tuy nhiên biến chứng này có thể dự phòng bằng cách sử dụng kháng histamine trước thủ thuật (Nikalji 2012).

Biến chứng trong khi peel phenol được tóm tắt ở bảng 3.

https://nhathuocngocanh.com/

Bảng 3: biến chứng da và biến chứng hệ thống

Hệ thống	Da		
	Rối loạn sắc tố	Sẹo	Cấu trúc
Tim	Giảm sắc tố Tăng sắc tố	Sẹo phì đại	Lộn mí mắt
Thận	Đường ranh giới	Sẹo lồi	Lộn môi
Gan	Tăng đậm độ của bớt nevi	Sẹo teo	
	Đỏ da kéo dài (erythema) Đỏ phừng mặt kéo dai (flushing)	Hoại tử	

KẾT LUẬN

Những kiến thức về peel là rất cần thiết phải nắm vững và tránh để xảy ra không chỉ những biến chứng lớn và còn phải tránh những biến chứng thường gặp nữa. Nếu các biến chứng vẫn xuất hiện, thì bác sĩ phải có đủ khả năng xử lí theo phương pháp tốt nhất để tránh những kết quả không mong muốn. Chương này được thiết kế để giúp cho những bác sĩ chuyên về da có thể tỉnh táo phát hiện những dấu hiệu cần thiết trong quá trình tiến hành thủ thuật. Phải nhớ rằng luôn báo trước cho bệnh nhân những biến chứng có thể xảy ra khi peel và luôn biết cách điều chỉnh kì vọng bệnh nhân so với kết quả thực tế có thể đạt được. Đối với những bác sĩ mới vào nghề thì cần phải thực hiện đúng chỉ định, không tìm kiếm kết quả nhanh chóng. Thà làm bệnh nhân thất vọng với kết quả chưa được tốt còn hơn là làm bệnh nhân thất vọng vì những biến chứng khó điều trị như sẹo sâu.

GHI NHỚ

- Biến chứng thường xảy ra nhiều hơn ở bệnh nhân có da tối màu, với một số loại hóa chất peel và do tiếp xúc với ánh sáng. Các biến chứng rất đa dạng từ kích ứng nhẹ, tăng sắc tố tạm thời cho đến sẹo kéo dài.
- Bước đầu tiên để tránh biến chứng là nhận diện được những đối tượng bệnh nhân có nguy cơ cao, do đó các biến chứng có thể được dự đoán, dự phòng và nếu có xảy ra sẽ được điều trị sớm nhất.
- Luôn nhớ là phải luôn báo trước cho bệnh nhân những biến chứng có thể và điều chỉnh kì vọng của bệnh nhân về đúng với kết quả thực tế có thể đạt được.

https://nhathuocngocanh.com/

• Đối với những bác sĩ mới vào nghề, nên sử dụng đúng chỉ định và tránh nôn nóng tìm kiếm kết quả nhanh chóng.

• Thà làm bệnh nhân thất vọng với kết quả chưa được tốt còn hơn là làm bệnh nhân thất vọng vì những biến chứng khó điều trị như sẹo sâu.

THAM KHẢO

Anitha B. Prevention of complications in chemical peeling.

J Cutan Aesthet Surg. 2010;3(3):186–8.

Brody HJ. Complications of chemical resurfacing.

Dermatol Clin. 2001;19:427–38. vii–viii.

Camacho FM. Medium-depth and deep chemical peels. J Cosmet Dermatol. 2005;4:117–28.

Dailey RA, Gray JF, Rubin MG, Hildebrand PL, Swanson NA,Wobig JL, WilsonDJ, Speelman

P. Histopathologic changes of the eyelid skin following trichloroacetic acid chemical peel. Ophthal Plast Reconstr Surg. 1998;14(1):9–12.

Dmytryshyn JR, Gribble MJ, Kassen BO. Chemical face peel complicated by toxic shock syndrome. A case report. Arch Otolaryngol. 1983;109:170–1.

Fischer TC, Perosino E, Poli F, Viera MS, Dreno B, Cos- metic Dermatology European Expert Group. Chemical peels in aesthetic dermatology: an update 2009. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2010;24:281–92.

Gadelha AR, Costa IMC. Dermatologia cirurgia dermatológica. 2nd ed. São Paulo: Atheneu; 2009.

Glogau RG, Matarasso SL. Chemical Peels. Dermatol Clin. 1995;13(2):263–74.

Gross BG. Cardiac arrhythmias during phenol face peel- ing. Plast Reconstr Surg. 1984;73:590–4.

Khunger N. Standard guidelines of care for chemical peels.

Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2008;74:5–12.

Khunger N. Complications. In: Step by step chemical peels. 1st ed. New Delhi: Jaypee Medical Publishers; 2009. p. 280–97.

Klein DR, Little JH. Laryngeal edema as a complication of chemical peel. Plast Reconstr Surg. 1983; 71(3):419–20.

Landau M. Cardiac complications in deep chemical peels.

Dermatol Surg. 2007;33:190–3.

Landau M. Chemical peels. Clin Dermatol. 2008;26:200–8. Levy LL, Emer JJ. Complications of minimally invasive cosmetic procedures: prevention and management.

J Cutan Aesthet Surg. 2012;5(2):121–32.

Litton C, Trinidad G. Complications of chemical face peeling as evaluated by a questionnaire. Plast Reconstr Surg. 1981;67:738–44.

LoVerme WE, Drapkin MS, Courtiss EH, Wilson RM. Toxic shock syndrome after chemical face peel. Plast Reconstr Surg. 1987;80:115–8.

Matarasso SL, Glogau RG. Chemical face peels. Dermatol Clin. 1991;9(1):131–50.

https://nhathuocngocanh.com/

Mendelsohn JE. Update on chemical peels. Otolaryngol Clin N Am. 2002;35(1):55–71.

Monheit GD. Chemical peels. Skin Therapy Lett. 2004;9:6–11.

Nikalji N, Godse K, Sakhiya J, Patil S, Nadkarni

N. Complications of medium depth and deep chemical peels. J Cutan Aesthet Surg. 2012;5(4):254–60.

Rendon MI, Berson DS, Cohen JL, Roberts WE, Starker I, Wang B. Evidence and considerations in the applica- tion of chemical peels in skin disorders and aesthetic resurfacing. J Clin Aesthet Dermatol. 2010;3 (7):32–43.

Schürer NY, Wiest L. Chemical peels. Hautarzt. 2006;57 (1):61–76. quiz 77.

Singh-Behl D, Tung R. Chemical peels. In: Alam M, Gladstone HB, Tung RC, (eds). Requisites in Derma- tology: Cosmetic dermatology. Philadelphia, PA: Elsevier Ltd; 2009:83.

Spira M, Gerow FJ, Hardy SB. Complications of chemical face peeling. Plast Reconstr Surg. 1974;54:397–403.

Stuzin JM. Phenol peeling and the history of phenol peel- ing. Clin Plast Surg. 1998;25(1):1–8.

Truppman ES, Ellenby JD. Major electrocardiographic changes during chemical face peeling. Plast Reconstr Surg. 1979;63:44.

Tung RC, Rubin MG. Procedures in cosmetic dermatology series: Chemical Peels. St Louis, MO. 2nd Ed. Saunders Elsevier. 2011.

Uday K, Sushil P, Nischal K. Sunscreens. In: Handbook of dermatological drug therapy. 1st ed. New Delhi: Elsevier; 2007. p. 299–304.

Velasco MVR, Okubo FR, Ribeiro ME, Steiner D, Bedin

V. Rejuvenescimento da pele por peeling químico: enfoque no peeling de fenol. An Bras Dermatol. 2004;79(1):91–9.

https://nhathuocngocanh.com/

Chương 15

Kinh nghiệm cá nhân của các tác giả trong Peel hóa chất

Carlos Gustavo Wambier

TÓM TẮT

Những thập niên gần đây đã chứng kiến sự phát triển nhanh chóng của những công nhệ tân tiến. Cùng với sự phát triển mạnh mẽ của makerting, những công nghệ mới đã chiếm vị trí chủ đạo trong các thủ thuật về da. Peel hóa chất hầu như không có quảng cáo và chỉ trừ một số công thức peel mới được phát minh trên thị trường đang cố gắng để tìm chỗ đứng trong thực hành da liễu.

Những khái niệm và kĩ thuật được đề cập trong chương này nhắm đến đối tượng là các bác sĩ chuyên khoa da liễu. Đã có rất nhiều hội thảo đã được thực hiện trong nhiều buổi gặp mặt về học thuật cũng như xã hội, và tích lũy kinh nghiệm thực hành là cách học phù hợp nhất. Mỗi can thiệp y khoa đều có đường cong học tập của nó và bắt đầu đường cong học tập dưới sự đào tạo có giám sát như chương trình nội trú là hợp lí về mặt y đức.

Có thể chương này sẽ giúp xây dựng được sự hăng hái cho những người lần đầu thực hành peel hóa chất và cũng như mang lại sự thích thú cho những bác sĩ peel da có kinh nghiệm.

NỘI DUNG

• **Giới thiệu**
• **Những vấn đề cơ bản của peel hóa chất**
Hóa học
Hóa chất peel
Nồng độ
PH và nhiệt độ
Dung môi
Da
Chất bã
Phân loại da
Quá trình bôi
Dụng cụ bôi
Bôi vùng rìa
Loại bỏ acid sau peel
Chuẩn bị phòng peel
Tính an toàn
• **Chỉ định của peel hóa chất**
• **Học về peel hóa chất**
• **Ghi nhớ**
• **Tham khảo**

https://nhathuocngocanh.com/

GIỚI THIỆU

Giống như bất cứ loại hình nghệ thuật nào, rất khó có thể làm lại chính xác những nét vẽ và những chuyển động đã được thực hiện bởi một nghệ sĩ khác. Nhưng có thể dễ dàng lặp lại kết quả được quyết định bởi các thông số như số pass, spot size, mật độ, và tần số. Không có bất cứ cách nào để dự đoán chính xác trước được thể tích dung dịch trong một lần bôi bằng bông tăm hoặc bàn chải và nếu có thì đó chỉ là thời gian chính xác lượng acid trên bề mặt được hấp thụ hoặc bốc hơi.

Có nhiều yếu tố khác nhau ảnh hưởng đến kết quả cuối cùng của thủ thuật và nếu có thể kiểm soát tốt những yếu tố đó sẽ làm tăng tối đa hiệu quả của thủ thuật.

NHỮNG VẤN ĐỀ CƠ BẢN TRONG PEEL HÓA CHẤT

Hóa học

Tất cả các loại dung dịch đều không ổn định và bị ảnh hưởng nếu tiếp xúc với không khí, ánh sáng, nhiệt độ, các chất vi sinh học, gỗ, cotton hoặc các hóa chất khác hay các chất nền sinh học. Một sai lầm vô tình nhỏ có thể làm đảo ngược các thành phần của các chất hóa học. Do đó, tất cả các dung dịch phải được gián nhãn thời hạn sử dụng, điều này nằm trong luật bảo vệ sức khỏe.

Để bảo quản thời hạn sử dụng, chai đựng dung dịch phải được giữ ở mức nhiệt độ được kiểm soát, đậy nắp ngay lập tức khi đổ dung dịch sang ly và điều quan trọng nhất là không để vật bẩn đụng vào dung dịch bên trong chai, bao gồm nước; đầu tăm bông, dụng cụ bôi bằng nhựa hoặc gỗ; gạc cotton; găng tay (có hoặc không có bột talc).

Cách làm đúng nhất là ngay sau khi đổ dung dịch từ chai sang ly đựng sạch như li thủy tinh thấp thì phải đậy nắp ngay lập tức. Dung dịch trong ly thủy tinh có thể được sử dụng sau vài phút với bất kì dụng cụ bôi nào.

Ly thủy tinh thấp tốt nhất là ly có vạch chia độ để đo thể tích (hình 1). Nên sử dụng ly thủy tinh khác nhau để đựng các loại hóa chất peel khác nhau để tránh nhiễm bẩn chéo.

Hình 1: ly thủy tinh thấp có vạch chia thể tích

Hóa chất peel

Yếu tố chính quyết định đến kết quả cuối cùng là bản chất tự nhiên của chính hóa chất đó. Một vài hóa chất peel tương tác với da và liên quan đến hoạt tính sinh hóa và dược lý dựa trên hoạt tính hóa lý (đặc biệt là những chất có nguồn gốc tự nhiên), ví dụ như retinoic acid hoạt động trên các

https://nhathuocngocanh.com/

receptor của nhân tế bào (Cuce 2001; Ivanov 2006; Khunger 2004; Nolthing 2009), salicylic acid (Dainichi 2008; Imayama 2000; Marczyk 2014) và pyruvic acid (Caperton 2012; Cotelessa 2004; Marczyk 2014) có hoạt tính kháng viêm. Dầu croton là một chất gây viêm và làm tăng sản sinh và thay thế tế bào. Phenol, acetone, và ethanol có thể được sử dụng như là dung môi. Mặc khác, một vài hóa chất chỉ có tác dụng gây đông hóa học mà không có bất kì tác dụng sinh hóa nào như Trichloroacetic acid (TCA) (Dainichi 2003) do đó mang lại tính an toàn và giúp dự đoán được kết quả.

Một vài hóa chất có chất đồng phân với hoạt tính khác hẳn như L-lactic acid và D-lactic acid. Tỷ lệ phần trăm dạng đồng phân có thể ảnh hưởng đến kết quả cuối cùng khi peel.

Nồng độ

Độ mạnh của dung dịch được quyết định bởi nồng độ hóa chất. Tuy nhiên, trong một vài trường hợp "less is more"; điều này nghĩa là chỉ cần ở một nồng độ chính xác để đạt được kết quả như mong muốn, và nếu sử dụng nồng độ quá cao có thể gây ra biến chứng hoặc tác dụng phụ nặng hơn.

Tất cả các loại dung dịch đều có điểm bão hòa, đây là nồng độ tối đa ở một nhiệt độ và dung môi nhất định. Một số loại peel sử dụng dung dịch quá mức bão hòa nhằm làm tăng sự tương tác với da và được lưu lại trên da trong vòng vài giờ.

Nồng độ càng cao thì tác dụng của hóa chất peel càng mạnh.

pH và nhiệt độ

Một vài dung dịch có khả năng xâm nhập khác nhau vào da khi có pH và nhiệt độ khác nhau, do đó cần phải kiểm soát cả hai yếu tố là pH và nhiệt độ của dung dịch peel cuối. Một vài dung dịch bị tinh thể hóa khi cất trong tủ lạnh.

Tác dụng của dung dịch càng mạnh nếu pH dung dịch càng thấp và nhiệt độ càng cao.

Dung môi

Dung môi có thể bay hơi trong quá trình làm thủ thuật, dẫn đến tự làm hạn chế sự tiếp xúc của dung dịch, hoặc có thể làm tăng sự xâm nhập của dung dịch vào da. Một vài loại dung môi có tác dụng gây bít tắc để làm tăng khả năng xâm nhập của hoạt chất. Một vài loại dung môi có thể hòa tan dầu ở trên da.

Dung môi càng dầu và càng có khả năng hòa tan thì hiệu quả càng cao.

Da

Da của mỗi bệnh nhân nên được điều trị trước khi làm thủ thuật. Một vài sản phẩm điều trị trước thủ thuật có thể giúp làm tăng hiệu quả, do đó nên kê cho bệnh nhân sử dụng trước khi tiến hành.

Làn da lí tưởng để peel nhìn chung là phải khỏe mạnh, mềm, trẻ, không dầu, phân loại da típ I-II, không bị kích ứng trong ngày tiến hành thủ thuật peel. Một vài trong các yếu tố kể trên có thể đạt được bằng các sản phẩm điều trị trước thủ thuật. Cần lưu ý là da bị kích ứng có thể tạo ra những vùng da dễ tổn thương và tăng nguy

https://nhathuocngocanh.com/

cơ xuất hiện tác dụng không mong muốn khi peel da. Thăm khám bệnh nhân một cách cẩn thận là đều bắt buộc của mỗi thủ thuật peel.

Cân bằng và khỏe mạnh nên là mục đích hướng tới của quy trình chuẩn bị da trước khi peel.

Bã nhờn

Da có cơ chế tự bảo vệ chống lại những hóa chất tự nhiên. Một trong những thành phần quan trọng của hàng rào bảo vệ đó là lớp lipid. Nó có thể hòa tan và làm suy yếu chất hòa tan trong dầu và đẩy lùi được những chất hòa tan trong nước. Do đó, cần lưu ý là phải loại bỏ lớp bã nhờn trước khi bôi hóa chất. Có rất nhiều cách để làm đều này. Cách hiệu quả nhất là rửa mặt với một chất tẩy nhờn và rửa sạch. Sau đó chùi nhẹ nhưng chặt bằng gạc thấm dung dịch acetone, ethanol, hoặc ether-ethanol lên da, đặc biệt là ở vùng tiết nhiều bã nhờn như mũi, lông mày, má, trán, và căm. Những hóa chất luôn bị ảnh hưởng bởi da dầu là TCA và glycolic acid, đây là hai loại acid tan trong nước.

Những vùng tăng tiết bã nhờn thường lành nhanh hơn và da dày hơn. Đây là những vùng mà khi peel cần bôi thêm để acid xâm nhập sâu hơn để đạt kết quả đồng nhất.

Cố gắng không kích ứng da trong quá trình tẩy nhờn để tránh xuất hiện những vùng da dễ tổn thương đặc biệt là khi peel nông. Cần lưu ý đến tình trạng viêm da dầu hoặc bất kì loại viêm da nào khác trước khi tiến hành peel nông. Quá trình viêm ở da có thể làm da trở nên dễ tổn thương và có thể bị gây tổn thương bởi các chất tẩy nhờn là những chất thường làm tăng kích ứng da.

Luôn sử dụng một phương pháp tẩy nhờn giống nhau cho mỗi hóa chất peel. Nhờ đó chúng ta có thể đánh giá được mức độ xâm nhập của các chất trong quá trình làm thủ thuật.

Hóa chất peel có tác dụng mạnh hơn đối với da không dầu.

Phân loại da

Một vài loại peel hóa chất như peel phenol không được khuyến cáo đối với những người có phân loại da trên IV do nguy cơ cao xuất hiện các mảng mất sắc tố và hình thành sẹo. May mắn thay, trong thực tế, những bệnh nhân này thường không mắc phải những vấn đề cần thiết phải sử dụng peel sâu. Tăng sắc tố sau viêm (PIH) xảy ra một cách thường xuyên ở những bệnh nhân có phân loại da trung bình (III/IV).

Sử dụng hydroquinone trong vòng ít nhất 1 tháng giúp làm giảm tỉ lệ bị PIH và luôn phải kê cho những người có phân loại da III-IV. Sử dụng steroid mạnh tại chỗ vào đêm trước khi peel và kéo dài đến 2 tuần sau peel có thể giúp ngăn chặn PIH.

Bệnh nhân nên ngưng những sản phẩm chăm sóc da có tính kích thích trước khi peel ít nhất là 48h. Đối với benzoyl oxide: ngưng ít nhất 1 tuần trước peel. Sử dụng steroid mạnh bôi tại chỗ sau khi peel có thể khởi phát mụn trứng cá nặng, trứng cá đỏ, mọc lông, và giản mạch (Hengge 2006). Do đó, đối với mỗi bệnh nhân nên cân nhắc giữa nguy cơ và lợi ích khi sử dụng corticoid.

https://nhathuocngocanh.com/

Bôi hóa chất

Có rất nhiều kĩ thuật bôi khác nhau mà có thể thay đổi một cách hoàn toàn tất cả những yếu tố khác để đạt kết quả như mong đợi. Bôi một lớp đơn, nhanh, nhẹ, khô của TCA 90% có thể cho kết quả tương tự như như bôi một lớp chậm, áp lực mạnh, ẩm của TCA 10%.

Thêm vào đó, kích thước độ dày và độ trơn láng của dụng cụ bôi cũng tạo nên sự khác nhau; tương tự như một họa sĩ có thể sử đụng bình phun, cọ hoặc cây lăn để vẽ vậy. Cũng giống như một vài bức tranh đòi hỏi phải vẽ nhiều lớp màu vẽ, và một vài bức khác chỉ cần một lớp màu mỏng. Quá trình bôi cũng như một quá trình sáng tạo nghệ thuật.

Kết quả càng mạnh nếu bôi thể tích acid càng nhiều, ma sát tạo ra khi bôi càng mạnh, và thời gian tiếp xúc với da càng lâu.

Dụng cụ bôi

Tất cả những dụng cụ bôi được sử dụng trong peel hóa chất nên chỉ sử dụng một lần (hình 2).

Bông gòn cục hoặc bông gòn miếng mỏng: thường được dùng để bôi nhẹ lên da. Những dụng cụ bôi này không được sử dụng để bôi các loại acid có thể ăn mòn găng tay bảo vệ như (TCA nồng độ trên 50% hoặc phenol). Nếu được xé nhỏ thì những dụng cụ bôi này có thể giúp tiết kiệm được lượng acid bôi.

Bàn chải lông dê dùng một lần: là một lựa chọn tuyệt vời để peel nhanh và ngấm các dung dịch Jessner và retinoic acid. Nếu dùng dung dịch retinoic acid có màu, thì màu của dung dịch sẽ trở nên đồng nhất vì cotton sẽ hấp thụ và lọc dung dịch.

Bông tăm que nhựa (Q-tips): Loại dụng cụ bôi này có thể giữ dung dịch bên trong que nhựa rỗng. Dung dịch được tích lũy trong que nhựa nhờ lực mao dẫn và giữ cho đầu cot-ton lâu khô hơn. Q-tip cũng là dụng cụ tốt dùng để thấm nước mắt trong quá trình peel ở mí mắt.

Q-típ rất dễ hút no dung dịch và nhỏ giọt trong quá trình bôi. Do đó dụng cụ bôi này không khuyến cáo sử dụng để peel vùng mí mắt.

Hình 2: những dụng cụ bôi được sử dụng trong peel hóa chất

https://nhathuocngocanh.com/

Bông tăm que nhựa lớn (Rayon large applicators): đây là lựa chọn tốt để peel cả glycolic acid và TCA. Đầu bông đóng vai trò như là lớp xốp, và que nhựa lớn hơn so với Q-tip nên có ít có tác dụng mao dẫn hơn do đó dung dịch được bôi đồng nhất hơn.

Bông tăm que gỗ: Khi bôi ít nhỏ giọt hơn so với bông tăm que nhựa nên thích hợp dùng trong peel vùng mí mắt.

Bông tăm que đè lưỡi: có diện tích rộng hơn so với các dụng cụ bôi bình thường. Dụng cụ này có thể tự làm bằng cách quấn bông gòn quanh đầu của que đè lưỡi. Que đè lưỡi càng rộng thì càng giúp tạo được áp lực mạnh hơn khi bôi. Vì nó không đối xứng nên có thể sử dụng những góc khác nhau để tạo ra những bề mặt bôi khác nhau, do đó dụng cụ này rất là linh động.

Tăm xỉa răng: rất tốt đối với CROSS (kỹ thuật peel dành cho sẹo) và bôi những nếp nhăn sâu quanh mắt và miệng.

Ống thủy tinh mao dẫn (hematocrit tube): có lòng ống nhỏ hơn so với Q-típ. Có thể được dùng để peel TCA CROSS trong điều trị sẹo ice picks, vì dung dịch chỉ được đẩy ra ở đầu tận của ống thủy tinh.

Gạc cotton 4"x4" (4 inches x 4 inches): có ưu điểm là có thể giúp mài mòn nhẹ khi peel. Nên gấp đôi miếng gạc hai lần để giảm diện tích bề mặt và làm tăng độ chính xác. Không cần phải cắt miếng gạc thành những phần nhỏ hơn. Dụng cụn bôi này phù hợp để bôi TCA.

Miếng xốp: miếng xốp có thể được sử dụng theo nhiều cách khác nhau nhằm để mài mòn từ nhẹ đến trung bình trong quá trình peel. Phần màu xanh (loại xốp chuyên dùng cho peel) của miếng xốp có thể dùng trong peel TCA để điều trị sẹo mụn nặng, cho phép acid thấm sâu hơn vào vùng sẹo.

Bôi vùng rìa

Để tránh hình thành đường ranh giới giữa vùng điều trị và vùng không điều trị, thì tốt nhất nên sử dụng cùng một loại dung dịch nhưng nhẹ hơn ở vùng rìa, để tạo ra sự đồng nhất màu da vùng giao thoa này hơn.

Cách tốt nhất để bôi ở vùng rìa là sử dụng cùng một loại dụng cụ bôi. Sau khi toàn bộ thủ thuật đã hoàn tất, di chuyển dụng cụ bôi nhanh, và hướng từ vùng peel sang vùng không peel và hơi nhấc lên khỏi bề mặt da khi di chuyển dụng cụ. Một kĩ thuật tác giả thường báo cáo trong các hội thảo lâm sàng là "El Zorro Mask" (hình 3), trong đó peel dung dịch acid bình thường ở vùng trán và quanh mắt, sau đó áp dụng kĩ thuật bôi rìa từ vùng mắt xuống má và mũi sẽ giúp đạt kết quả cuối cùng đồng nhất hơn trong các thủ thuật peel không cần peel vùng mặt dưới.

Loại bỏ acid sau khi peel

Một vài loại hóa chất peel như TCA đòi hỏi phải trug hòa; trong khi với dung dịch acid trong alcohol như salicylic acid thì sau khi cồn bay hơi sẽ để lại một lớp bột tinh thể không hoạt động, do đó không cần phải trung hòa. Hai loại peel cần phải trung hòa bằng sodium bicarbonate 10% và rửa lại bằng nước sau đó để tránh acid xâm nhập sâu quá mức là glycolic acid

https://nhathuocngocanh.com/

và pyruvic acid. Những hóa chất peel khác xâm nhập vào da mà không để lại cặn lắng trên bề mặt. Có thể rủa mặt bằng chậu rửa mặt bình thường nhưng tránh không để nước rửa vào mắt hoặc có thể rửa bằng gạc ướt một vài lần, cách này giúp các bác sĩ kiểm soát tốt hơn.

Hình 3: Peel phenol-dầu croton. Mặt nạ "El Zorro" với kĩ thuật bôi vùng rìa hoàn hảo.

Chuẩn bị phòng peel

Phòng peel nên có máy điều hòa để có thể điều chỉnh nhiệt độ và độ ẩm đúng chuẩn. Trong peel phenol, cần đặt một cái quạt có chiều cao ngang mặt của bệnh nhân để thổi bay hơi phenol.

Quá trình tiến hành của hầu hết các loại peel, cần thổi gió hoặc hơi lạnh trực tiếp vào vùng da được peel để bệnh nhân có cảm giác thỏa mái hơn. Trong môi trường nhiệt độ cao, dung dịch peel trở nên nóng hơn và da cũng nóng hơn dẫn đến dung dịch phản ứng với da nhanh và mạnh hơn. Ở độ ẩm cao thì sẽ giảm sự bay hơi của ethanol và phenol.

Tính an toàn

Phòng để peel nên được trang bị đầy đủ bình oxy, dụng cụ y tế, và thuốc dự phòng cho những trường hợp khẩn cấp như sốc phản vệ, mày đay, co giật, rối loạn nhịp, kích thích và phản ứng quá mức của phế quản do hít phải hơi dung môi và hóa chất. Khi peel ở vùng mí mắt và peel sâu, bắt buộc bệnh nhân không được tự lái xe sau khi peel và phải có người đi cùng để dự phòng trong trường hợp sau peel bệnh nhân bị cản tầm nhìn do phù nề nặng và trong trường hợp bệnh nhân phải sử dụng opiate.

CHỈ ĐỊNH PEEL HÓA CHẤT

Trong phòng khám của tôi, hầu hết các bệnh nhân tìm đến peel hóa học để điều trị mụn và những ảnh hưởng mạn tính của tia sáng mặt trời (Bảng 1). Những chỉ định khác bao gồm: dày sừng tuyến bã nông, u vàng và mụn cóc phẳng. Mặc dù có những công nghệ tiên tiến, cho đến năm 2017 thì vẫn chưa có công nghệ nào có thể đạt được kết quả tốt như peel phenol-dầu croton trong điều trị lão hóa da do ánh sáng nặng (Hình 4, 5, và 6).

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 4: peel phenol-dầu croton thường cho kết quả ngoài mong đợi trong điều trị lão hóa da.

Hình 5: Đều kì diệu sau 2 tuần tiến hành thủ thuật peel phenol-dầu croton.

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 6: peel bằng phenol-dầu croton giúp trẻ hóa da tự nhiên hơn so với laser và filler phối hợp. Ảnh 2 tháng sau thủ thuật.

DẠY VÀ HỌC VỀ PEEL HÓA HỌC

Mặc dù peel hóa chất từ trước đến nay thường được tiến hành bởi những người không phải là bác sĩ, tuy nhiên cùng với sự phát triển của y học, ngành da và phẫu thuật thẩm mỹ đã kết nạp và sử dụng peel hóa chất như là những thủ thuật thông thường khác, đi kèm với nó là sự nhấn mạnh về phương pháp khoa học để thu những kiến thức đúng đắn và đào tạo kĩ thuật peel hóa chất.

Cách tốt nhất để học cách peel hóa chất là thực hành hàng ngày bằng cách học cùng những bác sĩ có kinh nghiệm và thực hành dưới sự giám sát của họ, giống như chương trình đào tạo nội trú vậy (hình 7). Textbook có thể khởi dậy mối quan tâm và đưa ra những hướng dẫn thực hành chung, nhưng không có cách nào khác tốt bằng thực hành cầm tay chỉ việc, dưới sự giám sát bằng mắt như bất kì một thủ thuật y tế nào khác.

Đào tạo hợp lí không chỉ là cung cấp những chuỗi kiến thức để đưa ra đúng chỉ định cho mỗi loại peel mà còn giúp xây dựng những hiểu biết về diễn tiến trên da bệnh nhân mỗi ngày sau peel hóa chất. Từ đó các bác sĩ có thể xử lí kịp thời những biến chứng có thể xuất hiện trong thủ thuật peel (hình 8).

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 7: Bác sĩ nội trú da liễu năm thứ 3 tại bệnh viện das Clinicas của trường Y khoa Ribeirao Preto, Đại học Sao Paulo đang tiến hành peel trung bình, kết thúc peel với một lớp frosting đồng nhất (Ảnh của Dr. Joao Carlos Simao, MD, PhD).

Hình 8: 4 ngày sau thủ thuật peel trung bình

https://nhathuocngocanh.com/

GHI NHỚ

• Các loại peel hóa học rất khác nhau và đòi hỏi phải được đào tạo bài bản.

• Bắt buộc phải áp dụng đúng kĩ thuật bôi hóa chất.

• Dù tồn tại những công nghệ tiên tiến, peel hóa chất vẫn được xem như là thủ thuật hiệu quả nhất trong điều trị lão hóa da do ánh sáng mặt trời và mụn trứng cá.

THAM KHẢO

Caperton C, Valencia O, Romanelli P, Fulton J. Pyruvic acid facilitates the removal of actinic keratoses and seborrheic keratoses. Dermatologic Surg. 2012; 38(10):1710–5.

Cotellessa C, Manunta T, Ghersetich I, Brazzini B, Peris K. The use of pyruvic acid in the treatment of acne. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2004;18(3):275–8.

Cucé LC, Bertino MCM, Scattone L, Birkenhauer MC. Tretinoin peeling. Dermatologic Surg. 2001; 27(1):12–4.
Dainichi T. Paradoxical effect of trichloroacetic acid (TCA) on ultraviolet B-induced skin tumor formation. J Dermatol Sci. 2003 May;31(3):229–31.

Dainichi T, Ueda S, Imayama S, Furue M, Ainichi TED, Eda ÃSEU, et al. Excellent clinical results with a new preparation for chemical peeling in acne: 30% salicylic acid in polyethylene glycol vehicle. Dermatol Surg. 2008;34(7):891–9; discussion 899.

Hengge UR, Ruzicka T, Schwartz RA, Cork MJ. Adverse effects of topical glucocorticosteroids. J Am Acad Dermatol. 2006;54(1):1–18.

Imayama S, Ueda S, Isoda M. Histologic changes in the skin of hairless mice following peeling with salicylic acid. Arch Dermatol. 2000 Nov;136(11):1390–5.

Ivanov II, McKenzie BS, Zhou L, Tadokoro CE, Lepelley A, Lafaille JJ, et al. The orphan nuclear recep- tor RORgammat directs the differentiation program of proinflammatory IL-17+ T helper cells. Cell. 2006 Sep;126(6):1121–33.

Khunger N, Sarkar R, Jain RK. Tretinoin peels versus glycolic acid peels in the treatment of Melasma in dark- skinned patients. Dermatol Surg. 2004;30(5):756–60; discussion 760.

Marczyk B, Mucha P, Budzisz E, Rotsztejn H. Comparative study of the effect of 50% pyruvic and 30% salicylic peels on the skin lipid film in patients with acne vulgaris. J Cosmet Dermatol. 2014;13(1):15–21.

Nolting J, Daniel C, Reuter S, Stuelten C, Li P, Sucov H, et al. Retinoic acid can enhance conversion of naive into regulatory T cells independently of secreted cyto- kines. J Exp Med. 2009;206:2131–9.

https://nhathuocngocanh.com/

PHẦN III

CÁC THỦ THUẬT VẬT LÝ TRONG THẨM MỸ DA

https://nhathuocngocanh.com/

Chương 16

Kích thích tăng sinh collage bằng lăn kim vi điểm

Emerson Lima, Mariana Lima, và Sarita Martins

TÓM TẮT

Xu hướng hiện nay có thể thấy được là chỉ định các kĩ thuật xâm lấn tối thiểu đơn lẻ hoặc phối hợp trong điều trị vết rạn da, sẹo và lão hóa da. Tái tạo collagen bằng lăn kim (PCIM) là một sự lựa chọn điều trị có thể giúp tái tạo collagen mà không phá hủy toàn bộ lớp thượng bì như thường thấy trong các thủ thuật xâm lấn. PCIM có thể được chỉ định cho nhiều trường hợp trong thẩm mỹ da với mục đích kích thích tái tạo collagen. Cần phải lựa chọn độ dài của kim phù hợp với độ sâu da cần gây tổn thương để điều trị bệnh. Số lượng và hướng lăn kim ở vùng được điều trị cũng phụ thuộc vào tình trạng da đang được điều trị.

NỘI DUNG

- **Giới thiệu**
- **Nguyên lí của PCIM**
- **Đặc điểm của PCIM**
- **Thủ thuật: quy trình thực hiện và xử lí**
- **Kết luận**
- **Ghi nhớ**
- **Tham khảo**

GIỚI THIỆU

Điều trị xâm lấn với mục đích là để kích thích tái tạo sợi collagen, giúp tái tạo lớp bì rất được ủng hộ trong thực hành da liễu. Chúng ta điều biết rằng khi loại bỏ lớp thượng bì bằng cơ học hay hóa học sẽ kích thích giải phóng các cytokine và hướng động các tế bào viêm, đưa đến việc thay thế các mô tổn thương bằng mô sẹo (Cohen 1992). Peel trung bình và sâu là một ví dụ phổ biến của điều trị xâm lấn của các bác sĩ da nhờ tác dụng kích thích sản xuất collagen không cần bàn cãi của những thủ thuật này. Peel trung bình và sâu giúp cải thiện sẹo (hình 1) và trẻ hóa da (hình 2), cải thiện cấu trúc da, độ sáng và màu sắc da vốn đã bị lão hóa theo thời gian. Tuy nhiên, thời gian hồi phục của những thủ thuật này kéo dài, ngoài ra những thủ thuật này nếu được tiến hành ở mô da nhạy cảm sẽ có xu hướng bị tăng sắc tố sau viêm và nhạy cảm ánh sáng. Hơn nữa, cũng phải đề cập đến những biến chứng quan trọng của những thủ thuật này như sẹo lồi, đỏ da kéo dài, và rối loạn sắc tố da (hình 3). Xu hướng

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 1: Hình ảnh bệnh nhân 60 ngày sau peel TCA 35% phối hợp để điều trị sẹo trứng cá.

Hình 2: Hình ảnh bệnh nhân 60 ngày sau khi peel TCA 35% phối hợp để điều trị nếp nhăn và xệ da.

Hình 3: Ảnh bệnh nhân sau 30 ngày và 60 ngày làm thủ thuật, có xuất hiện rối loạn sắc tố và đỏ da kéo dài.

https://nhathuocngocanh.com/

hiện nay có thể thấy được là chỉ định các kĩ thuật xâm lấn tối thiểu đơn lẻ hoặc phối hợp nhằm giảm nguy cơ biến chứng và cho phép bệnh nhân trở về với cuộc sống bình thường sớm hơn. Lăn kim dựa vào nguyên lí tân tạo collagen với một lợi thế lớn là không phá hủy toàn bộ lớp thượng bì như trong các thủ thuật xâm lấn.

Nguyên lí của PCIM

Orentreich và Orentreith (Orentreich và Orentreith 1995) đã tạo nên một thuật ngữ subcision để mô tả một thủ thuật cắt tối thiểu vào da bằng cách sử dụng kim tiêm dưới da để điều trị sẹo lõm và nếp nhăn, với mục đích nhằm kích thích tái tạo collagen. Cũng dựa vào cơ chế là làm rách và loại bỏ collagen bị tổn thương dưới da và sự thay thế bằng những sợi collagen mới sau đó, thì những tác giả khác đã xác thực cho nghiên cứu đầu tiên đó. Gần đây, một hệ thống vi kim đã được đề xuất, nhằm tạo ra nhiều lỗ thủng trên da, đủ dài để đến được lớp bì và gây chảy máu, từ đó khởi động đáp ứng viêm để tái tạo collagen (Camirand và Doucet 1997; Fernandes 2006).

Tái tạo collagen dưới da (PCI) là một thủ thuật, giống như tên nó được gọi, bắt đầu bằng việc làm mất sự toàn vẹn của hàng rào da (làm tách rời các tế bào keratinocyte), làm kích thích tiết các cytokine như interleukin-1α (chiếm chủ yếu), interleukin-8, interleukin-6, TNF-α, và GM-CSF đưa đến dãn mạch da và di cư của các tế bào keratinocyte, đây là một quá trình để phục hồi tổn thương thượng bì (Bal 2008). Trong sách y khoa, quá trình lành vết thương sau khi bị tổn thương bởi kim tiêm có thể phác thảo thành 3 giai đoạn: Giai đoạn 1 (giai đoạn tổn thương) được đặt trưng bởi quá trình xâm nhập của tiểu cầu và bạch cầu trung tính, những tế nào này tiết ra yếu tố tăng trưởng tác động lên các tế bào keratinocyte và tế bào sợi (fibroblasts) như các yếu tố TGF-α và TGF- β, yếu tố tăng trưởng có nguồn gốc tiểu cầu (PDGF), protein III (protein khởi động của mô liên kết), và yếu tố tang trưởng mô liên kết. Trong giai đoạn thứ 2 (giai đoạn lành), các tế bào bạch cầu trung tính được thay thế bởi các bạch cầu mono, và diễn ra quá trình tăng sinh mạch máu, thượng bì hóa và tăng tổng hợp tế bào sợi, tiếp theo đó sẽ diễn ra quá trình tổng hợp collagen III, elastin, glycosaminoglycan và proteoglycan. Đồng thời, yếu tố tăng trưởng tế bào sợ, TGF- α, và TGF- β được các tế bào bạch cầu mono tiết ra. Khoảng 5 ngày sau khi chịu tổn thương, chất nền fibronectin được hình thành cho phép collagen lắng đọng trực tiếp dưới lớp tế bào đáy của thượng bì. Trong giai đoạn thứ 3 (giai đoạn trưởng thành), collagen típ III (loại collagen được tổng hợp trong gian đoạn hồi phục) dần được thay thế bằng collagen típ I, loại collagen này bền hơn và có thể tồn tại từ 5-7 năm (Fernandes và Massimo 2008; Aust 2008a, b).

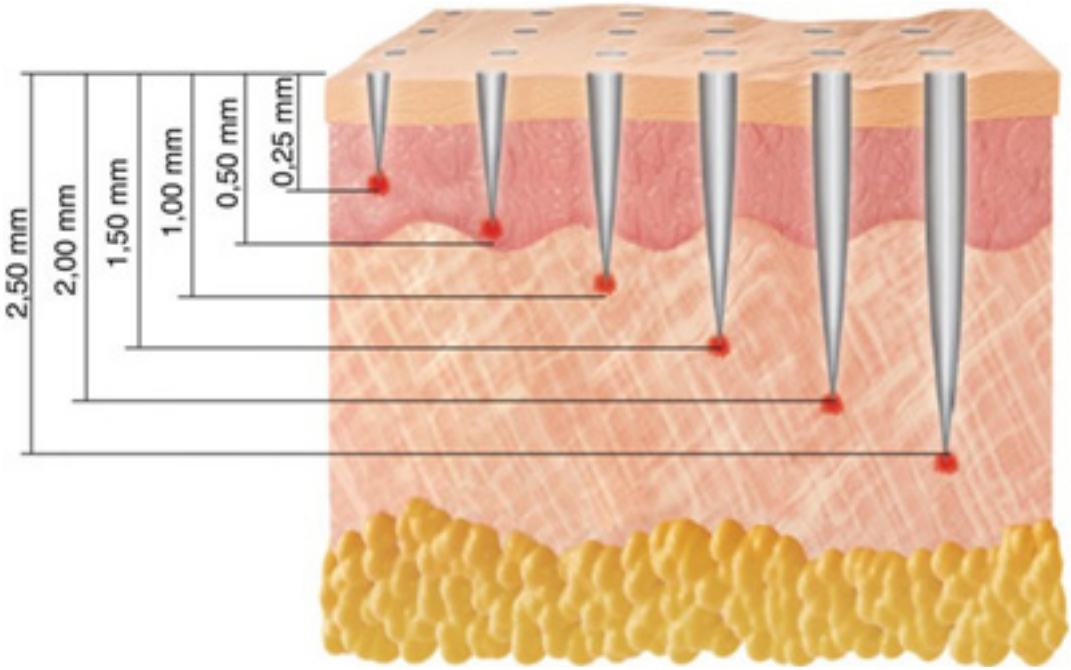
Để kích hoạt chuỗi các phản ứng viêm, vi kim phải gây tổn thương đến độ sâu 1-3mm, và lớp thượng bì phải được bảo tồn (chỉ đục lỗ, không loại bỏ hoàn toàn). Khi hàng trăm vi tổn thương được tạo ra, thì tại mỗi tổn thương máu từ lớp bì rỉ ra sẽ tạo thành một cột máu kèm với hiện tượng phù

https://nhathuocngocanh.com/

ở vùng được điều trị và do đó có thể cầm máu gần như ngay lập tức. Mức độ phản ứng của da tùy thuộc vào độ sâu của vi kim được sử dụng. Ví dụ, khi gây tổn thương ở độ sâu 1mm thì hầu như không thể nhìn thấy các điểm xuất huyết bằng mắt thường, nhưng ở độ sâu là 3mm thì có thể thấy bằng mắt thường và có thể kéo dài vài giờ. Tuy nhiên, cần phải nhớ là vi kim không cắm hết chiều dài của nó trong quá trình lăn. Chẳng hạn như vi kim có độ dài 3 mm thì chỉ có thể xâm nhập từ 1.5- 2mm (hoặc khoảng 50-70% tổng chiều dài của vi kim). Do đó, với vi kim dài 1 mm, thì tổn thương trên da sẽ bị giới hạn tại lớp da bề mặt, và ít gây ra đáp ứng viêm so với những tổn thương gây ra bởi vi kim có kích thước dài hơn (Aust 2008b; Fabroccini 2013; Lv 2006; Vandervoort và Ludwig 2008).

Đặc điểm của PCIM

Dụng cụ được sử dụng để thực hiện PCIM là một cây lăn polyethylene với 190 cây kim (số lượng kim khác nhau tùy thuộc vào nhà sản xuất) làm bằng thép không rỉ sắp xếp theo các hàng đối xứng. Độ dài của vi kim giống nhau ở các điểm trên cây lăn và dài từ 0.25 đến 2.5 mm, tùy thuộc vào loại cây lăn. Thường thủ thuật không gây nhiều khó chịu khi bôi tê, và với vi kim có độ dài dưới 1 mm (hình 4). Đối với vi kim dài hơn, khuyến cáo gây tê bằng tiêm tê theo từng vùng (Fernandes 2006).



Hình 4: Mối tương quan giữa độ dài của kim và độ sâu khi đâm vào da

https://nhathuocngocanh.com/

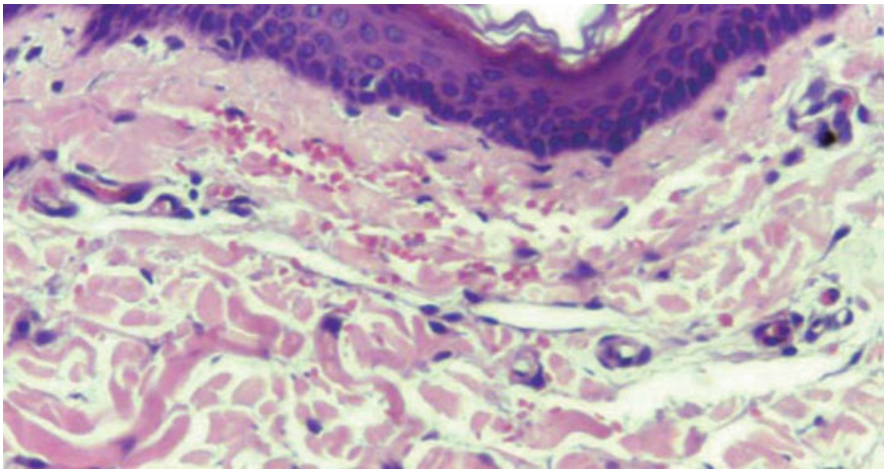
Nên gây tê tại chỗ và an thần để bệnh nhân có thể thấy thỏa mái hơn khi thời gian thủ thuật kéo dài và tổn thương sâu hơn. PCIM là một thủ thuật phụ thuộc vào kĩ thuật, và kết quả cuối cùng chịu ảnh hưởng trực tiếp bởi mức độ thành thạo kĩ thuật lăn kim và mức độ quen thuộc với việc sử dụng cây lăn. Áp lực đè lên cây lăn khi tiến hành không được quá mạnh để tránh gây tổn thương những cấu trúc giải phẫu sâu hơn và gây đau nhiều cho bệnh nhân. Nên cầm cây lăn bằng ngón trỏ và ngón cái giống như cầm đôi đũa, điều khiển lực lăn bằng ngón tay cái. Lăn kim lui tới phải tại được các lỗ đâm đồng nhất (các chấm xuất huyết xuất hiện giống nhau) ở vùng được điều trị. Để đạt được đều đó, cần phải tiến hành 10-15 pass (một lượt lăn là 1 pass) theo cùng một hướng và ít nhất 4 pass chéo trong vùng lăn kim mới đủ. Theo lí thuyết, lăn 15 pass sẽ tạo được vùng tổn thương khoảng 250-300 lỗ nhỏ/ cm2.

Thời gian để có thể nhìn thấy các điểm xuất huyết rất khác nhau tùy thuộc vào độ dày của da ở vùng được điều trị và độ dài của vi kim dùng để lăn. Do đó, đối với da mỏng (thường do tổn thương ánh sáng) sẽ xuất hiện các chấm xuất huyết đồng nhất hơn da dày và xơ (ví dụ như ở bệnh nhân sẹo mụn). Trong những trường hợp này, việc lựa chọn chiều dài vi kim tùy thuộc vào loại da được điều trị và mục đích cuối cùng của thủ thuật. Hiện tại chưa có phân loại nào về tương quan giữa độ dài vi kim lăn với độ sâu tổn thương gây ra khi điều trị (Fernandes 2006; Fernandes và Massimo 2008).

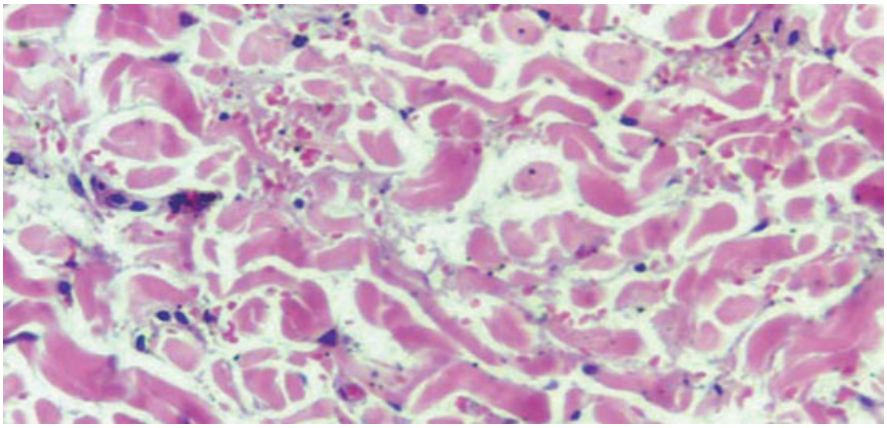
Emerson Lima (2013) đã đề xuất một nghiên cứu về mối liên quan giữ độ dài vi kim lăn với độ sâu tổn thương, nghiên cứu này tiến hành trên da lợn sống (da lợn được xem là giống với da người nhất) và đang ở trong giai đoạn đầu. Nghiên cứu đã được tiến hành trên động vật thí nghiệm, cụ thể là trên da lợn sống. Vùng lưng phải của lợn được chia thành nhiều phần, trên các phần da đó tiến hành lăn kim lui tới trong 2-3 phút với vi kim có kích thước lần lượt là 0.5, 1, 1.5, 2 và 2.5 mm. Sau điều trị các điểm xuất huyết trên da lợn (hình 5) có thể chứng minh được rằng mức độ tổn thương trên da gây ra bởi vi kim phụ thuộc vào độ dài của nó. Kiểm tra dưới kính hiển vi trong giai đoạn 1 của quá trình lành vết thương (ngay sau khi tổn thương) có thể thấy chủ yếu là tình trạng giãn mạch, và thoát mạch của các tế bào hồng cầu. Những hiện tượng này được quan sát thấy trên bề mặt da, tác động đến lớp bì nhú với kim 0.5 mm (hình 6) và đạt đến lớp bì lưới với vi kim dài hơn 0.5 mm (hình 7). Ngoài ra mức độ máu chảy cũng thay đổi tùy theo độ dài của vi kim. Thượng bì vẫn còn nguyên vẹn khi soi dưới kính hiển vi quang học, ngoài trừ có sự xuất hiện lỗ vào của vi kim (hình 8). Dựa vào kết quả trên, tác giả đã đề xuất phân loại tổn thương gây ra bởi vi kim thành nhẹ, vừa, và sâu tùy vào độ dài của vi kim và chỉ định điều trị (bảng 1 và 2).

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 5: Từ phải qua trái, là những vùng được lăn với kim có độ dài khác nhau.

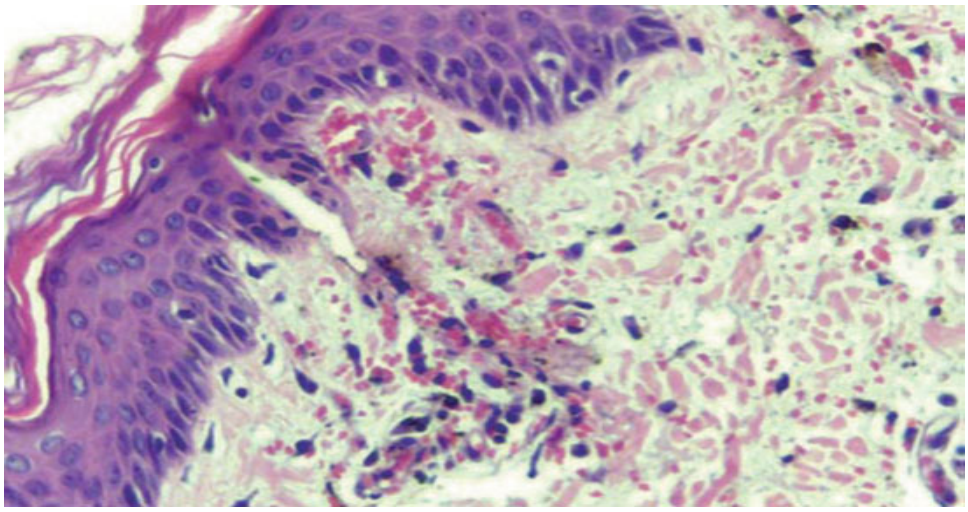


Hình 6: Xuất huyết bề mặt bị giới hạn ở lớp bì nhú khi lăn bằng kim 0.5 mm (HE, 100x)



Hình 7: Xuất huyết sâu ở lớp bì lưới, kim lăn dài 2.5 mm (HE, 100x).

https://nhathuocngocanh.com/



Hình 8: Xuất huyết tại vị trí đâm của kim. Vùng cận thượng bì không có sự thay đổi đáng kể (HE, 100x)

Bảng 1: Phân loại mức độ tổn thương gây ra bởi kim lăn	
Đặc điểm kích thích	Độ dài của kim lăn
Tổn thương nhẹ	0,25 - 0,5mm
Tổn thương trung bình	1,0 - 1,5mm
Tổn thương sâu	2,0 - 2,5mm

Bảng 2: Phân loại mức độ tổn thương gây ra bởi kim lăn	
Đặc điểm Kích thích	Chỉ định
Tổn thương nhẹ	Dẫn thuốc; Nếp nhăn nhỏ; Làm sáng da và cải thiện cấu trúc da.
Tổn thương trung bình	Xệ da; Nếp nhăn trung bình; trẻ hóa chung
Tổn thương sâu	Sẹo lõm; Vết rạn da; Sẹo co kéo

https://nhathuocngocanh.com/

Thủ thuật: quy trình thực hiện và xử lí

PCIM là một thủ thuật phụ thuộc vào kĩ thuật thực hiện. Quen sử dụng dụng cụ lăn kim và thành thục kĩ thuật lăn là những yếu tố trực tiếp ảnh hưởng đến kết quả của PCIM.

Dụng cụ để tiến hành PCIM gồm một cây lăn kim polyethylene, có gắn nhiều vi kim làm bằng thép không rỉ xếp thành hàng với tổng số lượng khoảng 192 chiếc có độ dài 2.5 mm.

Chúng tôi đề xuất quy trình điều trị như sau: tẩy nhờn bằng xà phòng lỏng và sát khuẩn với chlorhexidine sau đó gây tê thần kinh dưới ổ mắt và thần kinh cằm. Bước tiếp theo là tiêm tê bằng lidocaine 2% pha loãng với saline (1:3) vào vùng má, điều chỉnh lượng thuốc tê tối đa theo cân nặng của bệnh nhân.

Kim lăn nên được di chuyển theo chuyển động lui tới cho đến khi thấy những giọt máu xuất hiện đồng nhất. Khi kết thúc thủ thuật, đắp gạc vô trùng trong 24h, bệnh nhân sau đó có thể lột gạc trong khi tắm ở nhà. Bệnh nhân được kê chất tái tạo hàng rào da sử dụng 3 lần mỗi ngày cho đến khi hoàn toàn hồi phục. Sau thủ thuật, bệnh nhân nên được kiểm tra để đánh giá những tác dụng phụ có thể xảy ra như đỏ da, phù hoặc nhiễm trùng. Bệnh nhân có thể quay trở lại với công việc sau 7-10 ngày. Phù da mức độ trung bình và đỏ da sẽ kéo dài trong khoảng 25 đến 35 ngày , tuy nhiên sau 15 ngày bệnh nhân sẽ được hướng dẫn sử dụng các kem chống nám (0.05% retinoic acid+ 4% hydroquinone+ 0.01 % fluocinolone acetonide), sử dụng luân phiên với chất tái tạo da và chống nắng (SPF 50+). Sau 30 ngày, bệnh nhân có thể sử kem chống nám mỗi tối.

Số lượng pass (lượt lăn kim) trước khi xuất hiện các chấm xuất huyết rất khác nhau tùy thuộc vào độ dày của da và loại vi kim được lựa chọn. Da càng mỏng và mất collagen (như trong tổn thương da do ánh sáng) thì các chấm xuất huyết đồng nhất càng xuất hiện sớm hơn so với da dày. Da có sẹo trứng cá thường dày, do đó cần phải lăn kim nhiều pass hơn và sử dụng kim dài hơn để tạo được kiểu xuất huyết đồng nhất. Theo đó, thì những tác dụng không mong muốn như đỏ da và phù cũng sẽ nghiêm trọng hơn khi tăng số pass và độ dài kim. Ở một vài bệnh nhân có thể thấy tăng sắc tố sau viêm mức độ trung bình, nhưng nó sẽ trở lại bình thường khi sử dụng kem chống nám trong 30-45 ngày (hình 9, 10, và 11).

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 9: Ảnh bệnh nhân sau 30 ngày làm PCIM với sự cải thiện tình trạng sẹo mụn.

Hình 10: Sự cải thiện nếp nhăn và sệ da sau 30 ngày tiến hành PCIM.

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 11: Cải thiện tình trạng sẹo mụn, sệ da, và nám má 30 ngày sau PICM.

KẾT LUẬN

PCIM là một phương pháp điều trị sáng tạo, áp dụng cho rất nhiều chỉ định khác nhau với mục đích kích thích tái tạo collagen, và là một vũ khí truyền thống được trang bị cho các bác sĩ da liễu. Mục đích của những nghiên cứu hiện tại là thiết lập được mối liên quan giữa độ dài vi kim được sử dụng và mức độ tổn thương da được gây ra, từ đó hỗ trợ cho việc đưa ra lựa chọn dụng cụ lăn kim cho các chỉ định khác nhau. Nó tùy thuộc vào mỗi cá nhân bác sĩ da liễu để đánh giá chính xác tổn thương cần được điều trị và tiến hành thủ thuật theo những kĩ thuật đã được khuyến cáo.

GHI NHỚ

• Đây là thủ thuật cho phép kích thích tái tạo collagen mà không loại bỏ toàn bộ lớp thượng bì.

• Thời gian lành vết thương ngắn hơn và nguy cơ tác dụng phụ ít hơn so với những kĩ thuật xâm lấn khác.

• Da sẽ trở nên dày và đề kháng tốt hơn, khác với các kĩ thuật xâm lấn thì mo sẹo thường nhạy cảm với tổn thương ánh sáng.

• Thủ thuật này có thể được chỉ định cho mọi phân loại và màu sắc da, ngoài ra nó còn có thể được sử dụng ở những vùng có mật độ tuyến bã thấp.

• Giá thành thấp hơn so với những thủ thuật đòi hỏi công nghệ cao, cần sự đầu tư lớn.

• Thủ thuật này phụ thuộc vào kĩ thuật thực hiện do đó cần phải được đào tạo.

• Nếu gây tổn thương trung bình và sâu thì cần thời gian phục hồi lâu hơn.

• Đánh giá cẩn thận nhu cầu của bệnh nhân và kết quả có thể đạt được

https://nhathuocngocanh.com/

tương ứng của thủ thuật, để bệnh nhân tránh có những kì vọng không thực tế về kết quả có thể đạt được.

THAM KHẢO

Aust MC. Percutaneuos Collagen Induction therapy (PCI)- an alternative treatment for scars. Wrinkles Skin Laxity. Plast Reconstr Surg. 2008a;121(4):1421–9.

Aust MC. Percutaneuos Collagen Induction therapy (PCI)- minimally invasive skin rejuvation with risk of hyper- pigmatation- fact or fiction? Plast Reconstr Surg. 2008b;122(5):1553–63.

Bal SM, Caussian J, Pavel S, Bouwstra JA. In vivo assess- ment of safety of microneedle arrays in human skin. Eur J Pharm Sci. 2008;35(3):193–202.

Brody HJ. Trichloracetic acid application in chemical peel- ing, operative techniques. Plast Reconstr Surg. 1995; 2(2):127–8.

Camirand A, Doucet J. Needle dermabrasion. Aesthet Plast Surg. 1997;21(1):48–51.

Cohen KI, Diegelmann RF, Lindbland WJ. Wound healing: biochemical and clinical aspects. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 1992.

Fabroccini G, Fardella N. Acne scar treatment using skin needling. Clin Exp Dermatol. 2009;34(8):874–9.

Fernandes D. Minimally invasive percutaneous collagen induction. Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2006;17(1):51–63.

Fernandes D, Massimo S. Combating photoaging with percutaneuos collagen induction. Clin Dermatol 2008;26(2):192–9.

Lima E, Lima M, Takano D. Microagulhamento: estudo experimental e classificação da injúria provocada. Surg Cosmet Dermatol. 2013;5(2):110–4.

Lv YG, Liu J, Gao YH, Xu B. Modeling of transdermal drug delivery with a microneedle array. J Micromech Microengim. 2006;16(11):151–4.

Orentreich DS, Orentreich N. Subcutaneous incisionless (subcision) surgery for the correction of depressed scars and wrinkles. Dermatol Surg. 1995;21(6):6543–9.

Vandervoort L, Ludwig A. Microneedles for transdermal drug delivery;- minireview. Front Biosci. 2008; 13(5):1711–5.

Vasconcelos NB, Figueira GM, Fonseca JCM. Estudo comparativo de hemifaces entre peelings de fenol (fórmulas de BakerGordon e de Hetter) para a correção de rítides faciais. Surg Cosmet Dermatol. 2013;5(1):40–4.

https://nhathuocngocanh.com/

Chương 17

Ứng dụng Crytherapy trong thẩm mỹ

Joaquim Mesquita Filho và Francine Papaiordanou

TÓM TẮT

Cryotherapy là một thủ thuật áp nitrogen lỏng ở nhiệt độ rất thấp lên mô sống để gây phá hủy tế bào. Đây là một lựa chọn điều trị linh hoạt cho những tổn thương lành và ác tính, ngoài ra phương pháp này rẻ, nhanh và tỉ lệ còn bệnh thấp hơn so với phẫu thuật thông thường. Cryotherapy có thể được sử dụng để điều trị rất nhiều bệnh da khác nhau và trong thực hành lâm sàng phương pháp này thường được dùng để điều trị dày sừng ánh sáng, dày sừng tuyến bã, và mụn cóc.

NỘI DUNG

- **Giới thiệu**
- **Nguyên lí cơ bản**
- **Kĩ thuật và dụng cụ**
- **Chuẩn bị trước thủ thuật/ lựa chọn bệnh nhân**
- **Chống chỉ định**
- **Chỉ định của cryotherapy**
- Tổn thương lành tính
- Tổn thương tiền ung thư
- **Chăm sóc sau thủ thuật và theo dõi**
- **Tác dụng phụ và biến chứng**
- **Kết luận**
- **Ghi nhớ**
- **Tham khảo**

GIỚI THIỆU

Cryotherapy là một thủ thuật áp nhiệt độ rất thấp lên mô sống để gây phá hủy cấu trúc (Pasquali 2010). Có rất nhiều phương pháp để đóng băng tổn thương đã từng được mô tả như hỗn hợp nước đá và muối, tuyết carbon dioxide, nitrous oxide, dimethyl ether, và propane, tuy nhiên nitrogen lỏng có thể gây đóng bang nhanh và đạt được nhiệt độ thấp hơn nhiều (-1960C) so với các chất trên (Kuflik và Kuflik 2012; Lawrence và Tefler 2010; Vujewich và Goldberg 2008). Ngoài ra những ưu điểm khác của nitrogen lỏng là dễ lưu giữ và không cháy.

Cryotherapy được xem là một lựa chọn điều trị linh hoạt đối với các tổn thương lành tính và ác tính, ngoài ra phương pháp này rẻ, nhanh và tỉ lệ còn bệnh thấp hơn so với phẫu thuật thông thường. Phương pháp này dễ chấp nhận đối với người già đang mắc nhiều bệnh và phụ nữ có thai. Phương pháp này có tính thẩm mỹ tốt và có thể được thực hiện ở phòng mổ hoặc

https://nhathuocngocanh.com/

phòng khám bác sĩ (Pasquali 2010). Đây là một lựa chọn điều trị ban đầu hoặc thay thế rất hữu ích (Kuflik và Kuflik 2012).

Cryotherapy có thể được sử dụng để điều trị rất nhiều bệnh ngoài da khác nhau. Ở USA, cryotherapy là phương pháp được sử dụng nhiều nhất trong điều trị dày sừng ánh sáng, dày sừng tuyến bã, và mụn cóc (Farhangian 2015; Afsar 2015). Trong chương này, chúng tôi sẽ chỉ bàn luận về những tổn thương lành tính gây ảnh hưởng đến thẩm mỹ bệnh nhân và những tổn thương tiền ung thư.

NGUYÊN LÍ CƠ BẢN

Mục đích của cryotherapy là gây đóng băng mô da với nhiệt độ dưới 0^0C để gây tổn thương mô và quá trình lành diễn ra sau đó (Pasquali 2010) (hình 1). Quá trình này đưa đến những thay đổi trong cấu trúc tế bào và gây chết tế bào do những nguyên nhân sau:

• Tổn thương tế bào do nước bên ngoài tế bào bị tinh thể hóa. Đầu tiên, nước sẽ đi ra khỏi tế bào theo nồng độ thẩm thấu, làm mất nước nội bào và tổn thương tế bào. Sự đóng băng làm hình thành các tinh thể nước và những gián đoạn khác trong tế bào. Quá trình ngưng áp giữa các lần áp lạnh sẽ dẫn đến hình thành các tinh thể lớn hơn. Càng nhiều vòng áp lạnh-ngưng áp, thời gian ngưng áp lạnh càng dài, nhiệt độ càng lạnh thì tổn thương tế bào càng nhiều (Pasquali 2010; Kuflik và Kuflik 2012).

• Hiện tượng co mạch, ngừng lưu thông máu và giảm oxy. Sự hình thành các gốc tự do sau khi co mạch bù trừ góp phần gây tổn thương tế bào ((Pasquali 2010; Kuflik và Kuflik 2012; Vujewich và Goldberg 2008).

• Hiệu ứng miễn dịch: giải phóng những thành phần kháng nguyên- vấn đề còn đang tranh cải (Pasquali 2010; Lawrence và Tefler 2010).

• Thay đổi PH (Kuflik và Kuflik 2012).

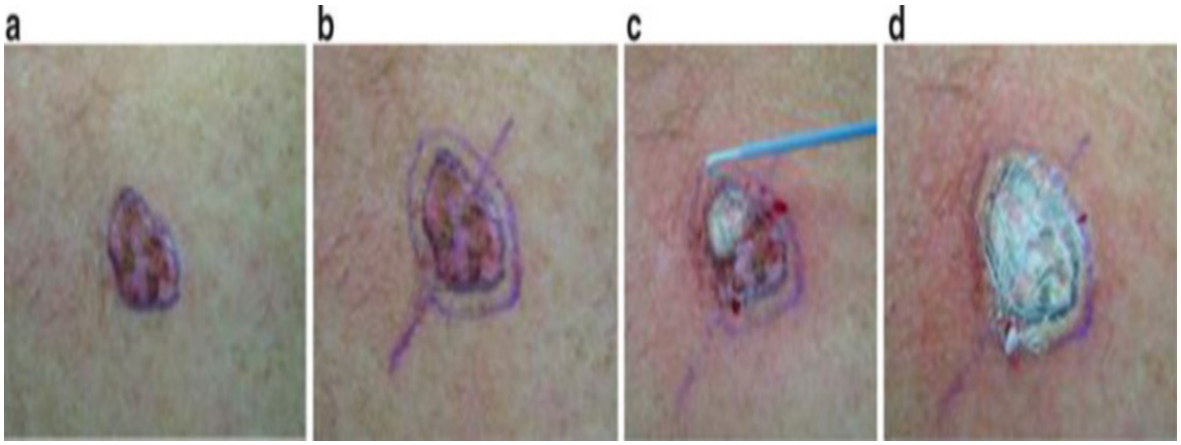
• Gián đoạn chức năng đông máu (Kuflik và Kuflik 2012).

Điều trị lí tưởng là lặp lại quá trình áp lạnh- ngưng áp, áp lạnh nhanh và ngưng áp từ từ (thời gian ngưng áp lạnh thường dài hơn thời gian áp lạnh từ 2 đến 3 lần) (Kuflik và Kuflik 2012; Lawrence và Tefler 2010).

Hoại tử mô thường xảy ra ở trung tâm của vùng áp lạnh nơi có nhiệt độ từ -30^0C đến -40^0C. Quanh tổn thương sẽ có một vành mô bị tổn thương bán phần và một vài tế bào vẫn sống nhưng những tổn thương đó sẽ gây quá trình chết theo chu trình của tế bào diễn ra sau đó. Có thể sử dụng cặp nhiệt điện hoặc các điện cực ở bên trong tổn thương để theo dõi nhiệt độ (Pasquali 2010; Kuflik và Kuflik 2012), tuy nhiên không có quy chuẩn về vị trí đặt các thiết bị này (Petres 1996). Trên thực tế, không nhất thiết phải đo nhiệt độ vì nhiều nghiên cứu lâm sàng đã đưa khuyến cáo về khoảng thời gian áp lạnh cần thiết cho hầu hết các loại tổn thương da phổ biến (Lawrence và Tefler 2010).

Sự đóng băng lan ra vùng quanh tổn thương rất quan trọng, vùng này được tính từ bờ của tổn thương. Với tổn thương lành tính vùng đóng băng

https://nhathuocngocanh.com/



Hình 1: Điều trị ung thư tế bào đáy bằng kĩ thuật phun hở. Đối với tổn thương lớn hơn, cần phải chia tổn thương thành những phần nhỏ để tăng hiệu quả điều trị.

Hình 2: Giảm sắc tố sau cryotherapy với nitrogen lỏng khi điều trị dày sừng ánh sáng ở thân mình.

thường từ 2-3 mm và đối với tổn thương ác tính như ung thư tế bào đáy hoặc tế bào vảy thì nên đạt ít nhất 3-5 mm hoặc nhiều hơn nếu có thể (Kuflik và Kuflik 2012).

Tế bào sắc tố là tế bào nhạy cảm với quá trình đông lạnh nhất, tế bào bị này bị phá hủy ở nhiệt độ -4^{0}C- đến -7^{0}C (xảy ra mất sắc tố, đặc biệt ở những bệnh nhân có da tối màu). Tế bào keratinocyte chết ở nhiệt độ -20 đến -30^{0}C. Tế bào sợi có sự đề kháng hơn với nhiệt lạnh và cần nhiệt độ từ -30 đến -35^{0}C mới chết. Để phá hủy những tổn thương ác tính, cần nhiệt độ thấp hơn khoảng -60^{0}C (Vujewich và Goldberg 2008; Pasquali 2013). Nhìn chung, đối với những tổn thương lành tính chỉ nên gây đóng băng nông và trên thực tế tốt hơn là nên điều trị dưới mức cần thiết để tránh nguy cơ để lại sẹo hoặc mất sắt tố gây ảnh hưởng đến tính thẩm mỹ (hình 2).

https://nhathuocngocanh.com/

Vật dẫn nhiệt giữa chất gây lạnh và tổn thương đóng vai trò quyết định đến nhiệt độ đóng băng cuối cùng. Kim loại là chất dẫn nhiệt lí tưởng, ví dụ như đồng (Pasquali 2010).

Những tổn thương tăng sừng dày có sự dẫn nhiệt kém và nên cắt lọc bất cứ lúc nào có thể trước khi áp lạnh. Điều này còn tạo sự thuận lợi khi loại bỏ các tổn thương dạng cục, hoặc những khối u lớn, để tránh chảy máu nhiều.

Mặc dù có một vài giả thiết, nhưng cơ chế đầy đủ về sự phá hủy mô do các chất gây lạnh vẫn chưa được hiểu hoàn toàn (Petres 1996).

KỸ THUẬT VÀ DỤNG CỤ

Trải qua nhiều năm, những thiết bị chứa nitrogen lỏng để tiến hành cryotherapy đã được cải tiến từ đựng trong những thùng nặng cho đến những dụng cụ dễ sử dụng, nhẹ và hiệu quả cao. Hiện tại có những bình chứa nitrogen lỏng với các thể tích 4,5,10,25,30,35, và 50 lít (Pasquali 2010).

Có một vài kĩ thuật để thực hiện cryotherapy. Việc đưa ra lựa chọn phương pháp tùy thuộc vào tổn thương và người tiến hành:

- Kỹ thuật dipstick: Đây là phương pháp truyền thống, được thực hiện bằng cách nhúng bông tăm vào ly chứa nitrogen lỏng sau đó áp lên tổn thương. Cách này thường không đủ vì gây đóng băng chậm và ở lớp nông. Phương pháp này xuất hiện lâu nhất (Kuflik và Kuflik 2012). Có thể dùng phương pháp này đối với mụn cóc bé và các tổn thương tương tự (Petres 1996).

- Dùng CO2 rắn: đây là phương pháp ít phổ biến hơn. Trong phương pháp này, một viên CO_2 được bọc trong khăn giấy rồi nhúng vào acetone và áp nhẹ lên tổn thương để gây đóng băng và lột da ("slush therapy") (Kuflik và Kuflik 2012). Cách này có thể sử dụng cho các trường hợp mụn trứng cá thường, nang mụn, trứng cá đỏ, và mụn cóc phẳng (Kuflik và Kuflik 2012).

- Phun trực tiếp: đây là phương pháp được sử dụng thường xuyên nhất. Dụng cụ là một bình chứa nitrogen lỏng vừa 1 tay cầm, có cò bắn, đầu phun (Kuflik và Kuflik 2012; Vujewich và Goldberg 2008; Pasqualli 2013). Có rất nhiều loại đầu phun có kích thước khác nhau. Yếu tố quan trọng quyết định đến độ lạnh gây ra được trên tổn thương là đường kích của đầu phun, phun ngắt quãng, và khoảng cách từ đầu phun đến tổn thương (Pasquali 2010). Đối với những tổn thương dày hoặc ác tính thì cần thời gian phun dài hơn, còn với những tổn thương lành tính, mỏng và teo thì thời gian này ngắn hơn (Vujewich và Goldberg 2008). Có thể phun theo cách ngắt quãng hoặc phun liên tục (Pasqualli 2013). Phun trực tiếp vào tổn thương với khoảng cách từ 1-2 cm (Kuflik và Kuflik 2012). Tổn thương nông đòi hỏi đóng băng vùng rìa từ 2-3 mm, trong khi tổn thương ác tính và tổn thương sâu đòi hỏi vùng rìa đóng băng từ 5-mm (Vujewich và Goldberg 2008). Dụng cụ phun nitrogen lỏng có thể đạt được nhiệt độ -40^0C ở độ sâu khoảng 12mm (Petres 1996).

https://nhathuocngocanh.com/

• Phun trong dụng cụ hình nón: có rất nhiều kĩ thuật khác nhau, trong đó nitrogen lỏng bị giới hạn lại bên trong nón, lúc này nón đang được áp vào da. Có thể dụng nón nhựa của ống soi tai hoặc một loại nónđược thiết kế riêng (polycarbonate) cho mục đích này.

• Phun trong khoang: nitrogen lỏng được phun vào bên trong một khoang kim loại thông qua miệng khoang, khoang kim loại được áp chặt vào tổn thương. Quá trình sôi của nitrogen lỏng bên trong khoang sẽ hạ thấp nhiệt độ nhiều hơn rất nhiều. Nhiệt độ âm cần thiết có thể đạt được nhanh hơn, tuy nhiên phải hết sức cẩn thận. Phương pháp này thường được tiến hành một cách giới hạn ở những tổn thương ác tính (Pasquali 2010)

• Tiếp xúc gần: Một cây bút lạnh bằng đồng được gắn vào bình chứa nitrogen lỏng. Sau đó ống kim loại được ép vào tổn thương để phun. Cách này rất thuận lợi cho điều trị những tổn thương nhỏ và giới hạn rõ (Vujewich và Goldberg 2008).

• Nhiệt độ tiếp xúc đạt được là -40^{0}C nhưng độ sâu thu được chỉ khoảng 4 mm (Petres 1996).

• Nhíp lạnh: thường được sử dụng cho những tổn thương có cuốn như skin tag (u mềm treo) hoặc mụn cóc (Usatine 2015)

• Tiêm trong tổn thương: là phương pháp lí tưởng đối với những tổn thương lớn và sâu. Đặt một hoặc một vài kim truyền vô khuẩn vào một bờ của khối u và đâm xuyên theo tổn thương (theo trục lớn nhất, ở điểm sâu nhất của nó) cho đến khi đâm qua phía bên kia. Nitrogen lỏng sau đó được phun vào kim truyền và một trụ băng được hình thành bên trong trung tâm của tổn thương. Kĩ thuật này gây phá hủy bề mặt tối thiểu so với các phương pháp trước đó (Pasquali 2010).

CHUẨN BỊ TRƯỚC THỦ THUẬT/LỰA CHỌN BỆNH NHÂN

Lợi ích lớn của cryotherapy là không yêu cầu phải thực hiện ở phòng mổ (Pasqualli 2010). Do đó, cách này phù hợp với những bệnh nhân đi xe lăn, hoặc đối với những người không thể ra khỏi nhà. Kĩ thuật này an toàn với những bệnh nhân mắc các bệnh lí nền như bệnh tim mạch, rối loạn chảy máu, bệnh chuyển hóa.

Nếu tổn thương nghi ngờ ác tính thì cần phải làm sinh thiết trước khi tiến hành cryotherapy. Kính soi da, siêu âm, x quang, và những test hình ảnh khác có thể cần thiết. Khi đã xác định được vị trí, kiểu, và độ dày của tổn thương, bác sĩ có thể quyết định sẽ dùng kĩ thuật nào (Pasquali 2010).

• Hầu hết các tổn thương không cần điều trị trước thủ thuật. Trong một vài trường hợp, có thể cần thiết phải sử dụng chất tiêu sừng, cạo bỏ hoặc cắt cuống tổn thương trước khi làm cryotherapy.

• Nên dùng kĩ thuật phun đối với những tổn thương có bề mặt không đều.

• Luôn làm ở vùng không có máu. Máu sẽ làm tăng nhiệt độ tại chỗ.

• Tổn thương mạch máu như u mạch hoặc dị tật mạch máu khác tốt nhất nên được điều trị bằng ống phun (xem chương "điều trị laser cho những

https://nhathuocngocanh.com/

tổn thương mạch máu")

• Sụn và xương rất bền trước nhiệt độ lạnh.

• Trong hầu hết các trường hợp không yêu cầu gây tê tại chỗ. Tuy nhiên có thể cân nhắc dùng đối với những bệnh nhân quá căng thẳng và trẻ nhỏ (Pasqualli 2010) và trong trường hợp đông lạnh sâu (dùng kĩ thuật phun trong khoang, qua ống, trong tổn thương). Có thể hỗ trợ thủ thuật bằng cách dùng các chất bôi tê 30-60 phút trước khi tiến hành thủ thuật.

• Lấy phiếu đồng thuận làm thủ thuật là một bước quan trọng, bệnh nhân phải được tư vấn về diễn tiến sau thủ thuật, tác dụng phụ có thể và kết quả về tính thẩm mỹ (Pasquali 2010; Pasqualli 2013; Usatine 2015).

• Nếu sử dụng ốn phun, lưu ý là không được di chuyển đầu ống đang bị dính vào bề mặt da (Pasqualli 2010). Có thể dùng bất cứ vật gì đựng ít nước ấm để giải quyết trong trường hợp ống bị dính vào da (Pasqualli 2013)

• Có thể dùng phương pháp cryosurgery vi điểm để tránh gây dị dạng và sẹo co rút ở những tổn thương lớn. Quá trình được tiến hành theo giai đoạn, đầu tiên là ở trung tâm của tổn thương, sau đó giảm kích thước của khối u xuống, lặp lại thủ thuật nếu cần thiết và cho đến khi đường kính khối u nhỏ hơn 10 mm, lúc này có thể tiến hành thủ thuật như bình thường (Goncalves 2009).

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Với bác sĩ chưa có kinh nghiệm thì nên tránh dùng phương pháp này vì có thể gây tổn thương nếu không tiến hành đúng cách (Usatine 2015). -

Những tổn thương có thể điều trị tốt hơn bằng những phương pháp khác như tổn thương nghi ngờ ác tính, xâm lấn (u sắc tố) (Usatine 2015).

Ung thư da tế bào đáy thể xơ cứng, thâm nhiễm, vi nốt hoặc tái phát thường rất hiếm có chỉ định làm cryotherapy như với ung thư tế bào vảy kém biệt hóa. Nếu có thì cũng chỉ được xem là một phương pháp chăm sóc giảm nhẹ mà thôi (Usatine 2015).

Vị trí không thích hợp: rảnh tai và rảnh mũi má thường có tỉ lệ tái phát cao; những vùng có tóc và râu có thể gây mất râu và tóc vĩnh viễn; bệnh nhân có phân loại da típ 4 hoặc 5 theo Fitzpatrick nên dự phòng giảm sắc tố hoặc tăng sắc tố; vùng cẳng chân thường lâu lành đặc biệt đối với những bệnh nhân có tuần hoàn da kém (Usatine 2015).

Xuất hiện thêm bệnh mới do tác dụng phụ của cryotherapy: bệnh gây ra do lạnh (ví dụ: cryoglobulinemia, mày đay do lạnh), bệnh Raynaud, bệnh collagen và tự miễn, giảm tiểu cầu và bệnh mủ da hoại thư (Usatine 2015; Zimmerman và Crawford 2012).

CHỈ ĐỊNH CỦA CRYOTHERAPY

Có một vài chỉ định của cryotherapy trong lĩnh vực da liễu. Ở trên chúng tôi đã liệt kê tất cả các chỉ định và chi tiết những chỉ định thường gặp và phổ biến nhất trong thực hành lâm sàng hàng ngày.

Tổn thương lành tính

• *Nang mụn:* Sự tiến bộ trong hiệu quả điều trị bằng thuốc đã giảm

https://nhathuocngocanh.com/

sự cần thiết phải sử dụng cryotherapy để điều trị mụn trứng cá viêm. Một vài nốt sâu có thể đáp ứng với những chu kì áp lạnh- ngưng áp trong 10-20s. Những nang nông thường chỉ cần 1 chu kì từ 5-10s, và cho kết quả rất tốt. Sau thủ thuật có thể làm đóng mài tạm thời. Ngoài ra cũng có thể điều trị với tiêm triamcinolone vào tổn thương (Usatine 2015).

• *Mụn cơm có cuống:* phun nitrogen lỏng với que phun là cách nhanh và dễ dàng để điều trị tổn thương này. Dùng nhíp lạnh là phương pháp hiệu quả ít đau và đặt biệt rất hữu ích trong trường hợp tổn thương ở vùng mí mắt (Usatine 2015)

• *U xơ mạch:* u xơ mạch hoặc u tuyến bã là những thương tổn da trong bệnh xơ cứng não củ. Một vài báo cáo cho thấy có thể đạt kết quả tốt sau khi lặp lại một vài lần cryosurgery, nhưng với thời gian áp lạnh dài thì có thể gây giảm sắc tố. u xơ mạch có thể biểu hiện bằng những sang thương nhỏ hơn ở những bệnh nhân không có triệu chứng và có thể đáp ứng tốt với phun lạnh hoặc que tỏa lạnh (Usatine 2015).

• *U mạch*: những sang thương mạch máu nhỏ như u mạch do tuổi già ("anh đào") và u mạch nhện có thể đáp ứng tốt với cryotherapy khi sử dụng que tỏa lạnh, cách này sẽ giúp nén thương tổn trong quá trình áp lạnh. Thời gian cần thiết là 10s. Trong trường hợp u mạch lớn có thể gây tê và cắt đi, sau đó áp lạnh ở nền thương tổn (Usatine 2015).

• *Dày sừng lichen hóa lành tính:* còn được gọi là dày sừng dạng lichen phẳng. Bệnh này thường cần phải sinh thiết để chẩn đoán. Khi đã xác định chẩn đoán, cryotherapy là một lựa chọn điều trị có hiệu quả nếu có bất kì tổn thương nào còn lại.

• *Viêm sụn da cục ở tai (chondrodermatitis nodularis helicis)*: trong bệnh này, ở vành tai bệnh nhân xuất hiện một tổn thương dạng nốt rất đau, nguyên nhân liên quan đến áp lực vật lí lên tai. Trước khi điều trị bằng các phương pháp phá hủy như dùng cryotherapy thì cần phải loại trừ khả năng ung thư của tổn thương. Khi đã chắc chắn tổn thương lành tính, có thể điều trị bằng phun nitrogen lỏng trong 10-20s. Những phương pháp điều trị khác có thể sử dụng là phẫu thuật cắt bỏ hoặc tiêm steroid vào tổn thương (Usatine 2015).

• *Mụn cóc virus/sùi mào gà:* cryotherapy vẫn là lựa chọn chuẩn để điều trị mụn cóc do virus ở người lớn. Trẻ nhỏ có thể không có khả năng chịu đau (Usatine 2015). Thì có thể sử dụng kem bôi để gây tê tại chỗ 1-2h trước khi làm thủ thuật. Thương tổn do HPV thường nhạy cảm với thủ thuật cryotherapy và thỉnh thoảng có thể cho kết quả rất tốt chỉ trong 1 lần điều trị (Pasquali 2010).

Như đã đề cập trước đó, loại bỏ lớp keratin của mụn cóc bằng cách cạo hoặc dùng hóa chất gây li sừng có thể giúp làm tăng hiệu quả điều trị. Làm ướt vùng điều trị trước khi làm cũng giúp tăng độ lạnh của thủ thuật.

Đối với những mụn cóc thông thường, nên áp lạnh đến khi tạo thành được đường viền đóng băng quanh mụn cóc khoảng 1-2 mm và duy trì thêm khoảng 5s. Mụn cóc dạng sợi mảnh có thể điều trị với nhíp lạnh.

https://nhathuocngocanh.com/

Kết quả đạt được tốt nhất khi khoảng cách giữa các lần điều trị là 3 tuần.

Để điều trị mụn cóc phẳng, cần cân nhắc khi sử dụng cryotherapy để điều trị vì có nguy cơ cao làm thay đổi sắc tố da.

• *U xơ da*: nếu sử dụng phương pháp áp lạnh thì có thể làm phẳng được những nốt xơ nhưng lại để lại vùng mất màu sau điều trị. Những nghiên cứu cụ thể đã cho thấy phun nitrogen lỏng trong ít nhất 30s và hình thành được vòng đóng băng 2 mm sẽ cho kết quả tốt (Usatine 2015). Một vài tác giả lại cho rằng mỗi cycle (một lần áp) nên kéo dài 60s do bản chất xơ của tổn thương (Vujewich và Goldberg 2008).

• *U nang dịch đầu chi (digital myxoid cyst):* trong trường hợp này cryotherapy không phải là điều trị chuẩn, nhưng nếu lựa chọn phương pháp này để điều trị, thì cần phải tăng cường điều trị để tạo ra sự xơ hóa thành nang. Thường thì cần áp lạnh từ 2 cycle (1cycle= 1 lần áp lạnh- ngưng áp lạnh) trở lên, mỗi cycle khoảng 30s. Sau khi áp lạnh có thể xuất hiện sưng và đau. Nếu hút dịch trước khi áp lạnh, thì thời gian áp mỗi cycle ít hơn từ 10-20s (Usatine 2015).

•*U hạt vòng (granuloma faciale):* Điều trị bằng áp lạnh có thể làm teo hoặc loại bỏ mảng tổn thương, như được báo cáo bằng sinh thiết chẩn đoán. Khi tiến hành cryotherapy, nên tiến hành mỗi lần áp lạnh (mỗi cycle) trong 5-10s để tránh xuất hiện biến chứng mụn nước và tăng sắc tố sau viêm (Usatine 2015).

• *U hạt ở mặt (granuloma faciale)*: có thể sử dụng cryotherapy như là một liệu pháp đơn độc với mỗi lượt áp lạnh trong 10s, nhưng để đạt kết quả tốt nhất, thì có thể tiêm corticosteroid sau khi áp lạnh.

• *Bạch biến giọt (guttate leucoderma)*: Hiện không có điều trị chuẩn đối với tổn thương này. Hầu hết các phương án điều trị đều giúp cải thiện không đáng kể. Ploysangam và các cộng sự đã báo cáo tỉ lệ thành công 90.8 % khi điều bằng phun lạnh trong 10s (Playsangam 1990). Kumarashinghe báo cáo rằng áp lạnh 3-5s mỗi cycle là đủ để tạo lại sắc tố trong bệnh bạch biến vô căn. Cơ chế chính xác giúp tại tạo lại sắc tố vẫn chưa được biết rõ (Kumarashinghe 2004). Cơ chế có thể là do nitrogen lỏng phá hủy những tế bào sắc tố và tế bào sừng bất thường đồng thời cho phép những tế bào sắc tố bình thường di cư đến vùng giảm sắc tố (Kumarashighe 2004).

• *U máu (hemangiomas):* Ở trẻ mới sinh, nên phun lạnh áp sát với một lớp gel tiếp xúc ở giữa trong khoảng 10-20s. Có thể xuất hiện sẹo và tăng sắc tố. Sau có phương pháp điều trị mới bằng beta-blocker dạng uống hoặc bôi để điều trị u máu ở trẻ, thì phương pháp điều trị bằng cryotherapy ít được dùng. Tuy nhiên, đây vẫn là một lựa chọn điều trị ở người lớn (Usatine 2015).

• *Sẹo lồi và sẹo phì đại (xem bài "laser CO2 điều trị sẹo"):* sử dụng cryotherapy là một cách tiếp cận tốt nhưng cách này có thể thất bại và cần lặp lại thủ thuật vài lần. Có 4 cách để tiếp cận điều trị sẹo lồi (keloid) và sẹo phì đại (hypertrophic) bằng nitrogen lỏng

https://nhathuocngocanh.com/

(phun lạnh hoặc dùng que lạnh) .

1. Đơn trị liệu: áp lạnh 15s trong 1 cycle với vòng đóng băng 1 mm và lặp lại thủ thuật mỗi 4-6 tuần nếu cần thiết.

2. Cryotherapy + tiêm corticosteroids trong tổn thương: nhiều nghiên cứu báo cáo rằng phối hợp 2 phương pháp này sẽ cho tỉ lệ đáp ứng cao hơn. Tỉ lệ đáp ứng là 86.7% so với 70% nếu chỉ dùng cryotherapy đơn lẻ.

3. Phẫu thuật giảm kích thước + áp lạnh: phẫu thuật cắt bỏ bớt sẹo trong vùng sẹo (không cắt ra da lành), sau đó áp lạnh ở nền sẹo lồi.

4. Phẫu thuật giảm kích thước+ áp lạnh xuyên qua sẹo: phẫu thuật cắt bỏ bớt sẹo trong vùng sẹo (không cắt ra da lành), sau đó áp lạnh xuyên qua sẹo bằng cách sử dụng một kim rỗng đâm xuyên qua nền sẹo lồi. Sau đó bơm nitrogen lỏng qua kim. Khi dùng kĩ thuật này, phù và xuất tiết xuất hiện nhanh, bệnh nhan ít đau hơn và ít mất sắc tố hơn. Cách này cho phép thời gian giữa các lần thực hiện ngắn hơn (Usatine 2015).

Những tổn thương gần đây ngày càng đáp ứng sớm và tốt hơn. Các nghiên cứu lâm sàng ở Hy Lạp cho thấy rằng đáp ứng điều trị tốt hơn đạt được sau khi tiến hày cryotherapy bên trong tổn thương so với cryotherapy ở bên ngoài tổn thương với tỉ lệ làm phẳng tổn thương tốt hơn cũng như ít tác dụng phụ hơn (Abdel_Medguid 2015; Weshahy và Abdel 2012). Phương pháp trong tổn thương cũng gây tổn thương tối thiểu lên bề mặt da và bệnh nhân thấy ít đau và ngứa hơn (Choudhary 2010; van Leeuwen 2015).

• *U bạch huyết:* Mạc dù u bạch huyết có thể bị teo khi làm cryotherapy, nhưng khả năng hết hẳn là rất nhỏ.

• *U mềm lây:* Đây là một loại bệnh do nhiễm virus khá phổ biến. Số lượng tổn thương rất khác nhau có thể từ một đến vài trăm tổn thương và có thể kéo dài trong nhiều năm (Usatine 2015). Cả kĩ thuật mở và đóng đều có thể được sử dụng (Paquali 2010). Nitrogen lỏng được áp cho đến khi màu tổn thương trở thành màu trắng và rốn sang thương là rõ nhất. Khi phun nitrogen lỏng, đưa ống phun vào vị trí trung tâm của tổn thương và tránh rung lắc trong khi phun. Trong trường hợp này, không cần thiết phải tạo ra được viền đóng băng quanh tổn thương. Sử dụng bút lạnh (probe) cho phép điều trị nhiều tổn thương trong thời gian ngắn hơn. Tổn thương sau đó có thể phù tạm thời và tẹo lại rồi bong ra.

• *U nang niêm dịch:* còn được gọi là u nang niêm mạc môi, thường xuất hiện ở môi dưới, kích thước bé hơn 1 cm. Tổn thương dạng này đáp ứng tốt với cryotherapy nhưng những tổn thương lớn hơn thì nên hút dịch trong nang trước. Có thể thoa gel bôi trơn trước khi tiến hành áp lạnh bằng bút lạnh 10 -20s lên tổn thương. Làm đóng băng vùng quanh tổn thương là không cần thiết (Usatine 2015).

• *Sẩn hạt ngọc quanh đầu dương vật:* u xơ mạch ở phía đầu dương vật thường được chẩn đoán nhầm với mụn cóc hoặc phì đại tuyến bã. Sẩn hạt ngọc thường xuất hiện ở rảnh và vành quy đầu sau tuổi dậy thì. Trong trường hợp này cryotherapy là một phương

https://nhathuocngocanh.com/

án lựa chọn nhanh và hiệu quả. Phun nitrogen lỏng 2 vòng (cycle) với đầu phun nhỏ rất hiệu quả (Usatine 2015) Sừng hóa lỗ chân lông: Hiện không có điều trị nào hoàn toàn hiệu quả và cryotherapy là một phương pháp có thể chấp nhận được mặc dù nó gây giảm sắc tố. Khuyến cáo nên phun lạnh trong thời gian ngắn khoảng 5-10s.

• *U hạt sinh mủ*: Nếu nghi ngờ là một trường hợp u hạt sinh mủ thì nên sinh thiết để chẩn đoán. Phụ thuộc vào kích thước tổn thương, một vòng áp lạnh có thể kéo dài từ 15s đến 45s. Đối với những tổn thương tái phát thường đòi hỏi áp lạnh nhiều vòng hơn, mỗi vòng từ 20-30s. Nếu cạo tổn thương rồi đốt điện trước khi tiến hành áp lạnh thì tỉ lệ lành cao hơn.

• *U phì đại tuyến bã:* Những nốt phì đại tuyến bã này có thể không cần phải điều trị, và chỉ điều trị cho mục đích thẩm mỹ. Những trường hợp này dễ nhầm lẫn với BCC (ung thư tế bào đáy) do đó, nếu nghi ngờ BCC thì bắt buộc sinh thiết để loại trừ. Điều trị bằng phun nitrogen lỏng với ống phun nhỏ ở trung tâm lõm của khố u từ 5-10s.

• *Dày sừng tuyến bã:* Bệnh này điều trị hiệu quả bằng cryotherapy, mặc dù cạo bằng curate là phương pháp điều trị tốt nhất cho những tổn thương lớn và dày sừng nhiều. Với tổn thương có kích thường vài mm, có thể điều trị bằng nitrogen lỏng. Và điểm cuối lâm sàng là tạo được vòng đóng băng trắng khoảng 2 mm quanh tổn thương. Thời gian mỗi cycle khác nhau tùy thuộc vào kích thước và độ dày, nhưng thường trong khoảng từ 10-20s Cạo tổn thương bằng curette sau cryotherapy cũng là một lựa chọn hữu ích (Pasquali 2010) (Hình 3).

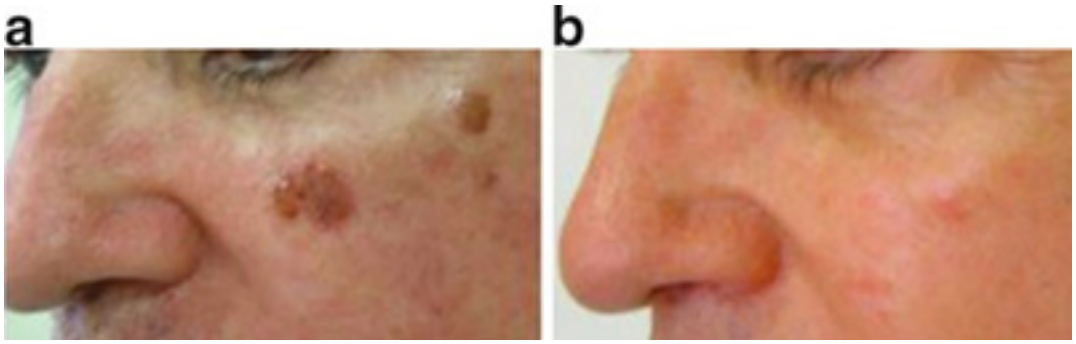
Laser Er: YAG là một lựa chọn thay thế để điều trị dày sừng ánh sáng (AK) chỉ trong một lần điều trị, và cho kết quả thẩm mỹ tốt hơn so với cryotherapy (Gurel và Aral 2015).

Dermatosis papulosa nigra là một dạng biến thể của dày sừng ánh sáng, chủ yếu xuất hiện ở những người có phân loại da tối màu theo phân loại của Fitzpatrick. Nếu điều trị bằng cryotherapy ở những người này thì có nguy cơ bị tăng sắc tố cao. Trong trường hợp này, sử dụng cryotherapy nhẹ là sự lựa chọn thay thế tốt hơn (xem chương "laser CO_2 cho những chỉ định khác"; "laser xâm lấn và không xâm lấn đối với da những người da tối màu").

• *Đốm nâu ánh sáng:* Điều quan trọng trước khi điều trị sang thương này là phải khám kĩ xem có bất kì dấu hiệu của ung thư nào không (ung thư sắc tố dạng đốm nâu). Nếu có dấu hiệu nghi ngờ, cần phải sinh thiết để loại trừ chẩn đoán.

Với những tổn thương lành tính thì cryotherapy là một sự lựa chọn nhanh và hiệu quả. Sử dụng bình phun nitrogen lỏng hoặc áp bằng tăm bông đều được. Điều trị bằng cryotherapy có nguy cơ gây tăng sắc tố sau viêm, nên bắt buộc phải bảo vệ da khỏi ánh sáng mặt trời. Cần phải điều trị thử ở vùng ít chú ý thẩm mỹ trước khi điều trị những đốm khác. Hầu hết đốm nâu nằm nông trên bề mặt, do đó chỉ cần áp lạnh 1 cycle là đủ để tạo bọng nước và đóng vảy lại (Vujewich và Goldberg 2008).

https://nhathuocngocanh.com/



Hình 3: Dày sừng tuyến bã: ảnh trước (a) và sau (b) 1 lần điều trị.

Có thể phun nitrogen lỏng trực tiếp lên đốm nâu theo hình zigzag trong 1-5s và làm đông vùng quanh tổn thương đến 1 mm.

Cryotherapy được xem là có hiệu quả làm sáng da hơn so với TCA nhưng đau và thời gian lành lâu hơn. Tỷ lệ tăng sắc tố gần như ngang nhau trong cả 2 phương pháp (Raziee 2008).

• *Đa u nang tuyến bã:* mặc dù không phải là điều trị chuẩn trong trường hợp này, nhưng kĩ thuật phun nitrogen lỏng mở được chấp nhận như là một lựa chọn thay thế cho phẫu thuật. Một case báo cáo mô tả kĩ thuật phun nitrogen lỏng mỗi cycle 10s và u nang dẹt xuống rất nhiều sau 6 tháng (Usatine 2015).

• *U tuyến mồ hôi:* U tuyến mồ hôi đơn thuần chỉ là vấn đề về thẩm mỹ. Có một vài phương pháp điều trị để phá hủy u như đốt điện, laser, bôi TCA, và cryotherapy, tất cả những phương pháp trên đều cho kết quả hạn chế. Cryotherapy có thể gây phù ở quanh mắt và làm giảm sắt tố vùng điều trị; tuy nhiên cần phải test trước khi làm thủ thuật. Thời gian áp lạnh là khoảng 5s. Tiến hành thủ thuật phải cẩn thận để tránh nitrogen lỏng dính vào mắt.

• *Hồ tĩnh mạch (venous lakes)*: có thể dùng bút lạnh hoặc phun lạnh. Lợi ích của dùng bút lạnh là có thể tạo áp lực lên hồ tĩnh mạch để điều trị phần sâu hơn của tổn thương. Thời gian áp lạnh từ 5-15s và viền đóng băng cần đạt được là 1-1.5 mm tùy theo kích thước của tổn thương.

• *Bớt sùi thượng bì:* hamartomas được đặc trưng bởi sự tăng sản của thượng bì và các cấu trúc phụ của da. Cryotherapy được xem là một phương pháp có hiệu quả trong điều trị bệnh lí này với chi phí điều trị thấp và kết quả mang lại có tính thẩm mỹ cao.

Panagiotopoulos và cộng sự đã mô tả kĩ thuật phun mở để điều trị cho 12 bệnh nhân, thời gian mỗi cycles là 10-15s. Mười bệnh nhân được điều trị bớt thành công và không để lại sẹo sau 2-5 lần điều trị. Một bệnh nhân tái phát sau 8 tháng; một bệnh nhân có sẹo giảm sắc tố (bệnh nhân này có phân loại da V), nhưng sắc tố da xuất hiện lại sau 6 tháng (Panagiotopoulos 2009).

https://nhathuocngocanh.com/

• *U vàng*: u vàng là mảng màu vàng chứa cholesterol thường ở mí mắt. Loại u này luôn lành tính và điều trị chỉ mang tính thẩm mỹ. Những lựa chọn điều trị thẩm mỹ loại u này gồm TCA 5-10%, cryotherapy, và phẫu thuật cắt bỏ. Mặc dù phẫu thuật được lựa chọn nhiều hơn, cryotherapy cũng có thể được sử dụng nhưng chắc chắn để lại nốt phù tại vị trí điều trị (Simon 2015). Nếu lựa chọn cryotherapy thì nên dùng kĩ thuật phun đóng với mỗi cycle áp lạnh 15s, và lặp lại tùy vào kích thước tổn thương.

Tổn thương tiền ung thư

Dày sừng ánh sáng AK (xem chương "liệu pháp quang động" vol.1) Những vùng thường bị AK gồm vùng mu bàn tay, cánh nào, và vùng mặt trên. Hình dạng dày sừng ánh sáng cũng rất khác nhau: dạng thông thường, dạng tăng sắc tố và dạng dày da.

Nên làm sinh thiết ở những vùng tổn thương dày kèm phát triển nhanh, những tổn thương có các đặc điểm của ung thư tế bào vảy (sừng, chảy máu, đau), AK dạng tăng sắc tố nghi là u sắc tố, và AK đã điều trị thất bại với cryotherapy trước đó hoặc những điều trị tại chỗ khác.

Dày sừng ánh sáng thường được điều trị bằng cryotherapy nhất, với tỉ lệ lành là 97% và tỉ lệ tái phát 2.1% trong vòng 1 năm (Usatine 2015). Thời gian áp lạnh từ 5s đến 10s với vòng đóng băng khoảng 1 mm phụ thuộc vào kích thước và độ dày của tổn thương. Thời gian áp lạnh dài hơn có thể làm giảm sắc tố sau điều trị (Vujewich và Goldberg 2008; Usatine 2015).

Một nghiên cứu ngẫu nhiên và tiến cứu ở châu âu đã so sánh hiệu quả, khả năng chịu đựng và độ an toàn của dung dịch bôi 5-FU liều thấp với cryotherapy ở những bệnh nhân mắc dày sừng ánh sáng độ trung bình/nặng (6 tuần điều trị với 5-FU một lần mỗi ngày hoặc 1-2 lần điều trị với cryotherapy với khoảng cách giữa các lần điều trị là 3 tuần). Họ đã kết luận rằng 5-FU giúp loại bỏ tổn thương về mô học tốt hơn và tỉ lệ tái phát thấp hơn so với cryotherapy (Simon 2015).

Peel lạnh (cryopeeling) là một điều trị cải biên mà sử dụng áp lạnh không chỉ ở vùng dày sừng ánh sáng mà lên tất cả những vùng da tổn thương do ánh sáng. Đây là một lựa chọn điều trị dễ dàng trong trường hợp dày sừng ánh sáng lan rộng với chi phí thấp và rút ngắn thời gian lành vết thương. Phương pháp này mang lại hiệu quả cao, và giảm đáng kể tỉ lệ ung thư tế bào vảy (Chiarello 2000).

• *Viêm môi ánh sáng:* viêm môi ánh sáng có thể được điều trị bằng cryotherapy với một cycle trong 5-10s và không cần phải có vòng đóng băng quanh tổn thương. Áp lạnh lần hai có thể được áp dụng nếu lần đầu không đủ để loại bỏ tổn thương (khoảng thời gian giữa 2 lần là 3-4 tuần). Nếu tổn thương không đáp ứng với điều trị thì phải tiến hành sinh thiết để loại trừ ung thư tế bào vảy (SCC).

• *Bệnh Bowen*

Bệnh bowen được xem là SCC tại chỗ. Có 2 thể phổ biến là thể tăng sừng và thể sinh dục. Luôn cần phải làm sinh thiết để loại trừ khả năng xâm lấn ác tính.

https://nhathuocngocanh.com/

Đối với những tổn thương nhỏ và mỏng, thì phương pháp điều trị thích hợp được lựa chọn là đốt điện và cạo bằng curette. Với những tổn thương nhỏ, nhưng dày hơn thì phẫu thuật cắt bỏ là lựa chọn tối ưu. Ngoài ra cũng có thể cân nhắc sử dụng kem 5-FU 5%, imiquimod 5% và PDT.

Có thể áp dụng kĩ thuật phun lạnh (ngoại trừ ở vùng sinh dục) với một cycle áp lạnh trong 20-30 lần và tạo được vòng đóng băng quanh tổn thương 2 mm. Những tổn thương lớn hơn có thể được chia thành các vòng tròn trùng lấp nhau một phần. Những tổn thương lớn có thể áp dụng kĩ thuật phun lạnh xoắn ốc hoặc phun vẽ (20-30s).

Tổn thương tăng sừng không đáp ứng tốt với cryotherapy đơn thuần do đó nên phẫu thuật giảm kích thước trước khi tiến hành thủ thuật.
Với bệnh Bowen ở vùng sinh dục, khuyến cáo áp lạnh một cycle trong 15-20s. Điều trị này thường có thời gian lành vết thương nhanh và cho kết quả tốt về chức năng và thẩm mỹ.

Những tổn thương ở chân mà đặc biệt là ở người lớn tuổi thì quá trình lành sau thủ thuật có thể bị kéo dài do tình trạng ứ đọng tĩnh mạch và áp lạnh tăng cường có thể sẽ dẫn đến loét da.

Khả năng tái phát thường xảy ra nếu áp lạnh không đủ, vì các tế bào bệnh sẽ di cư ngược lại bề mặt (tỉ lệ tái lại từ 5-10% nếu áp lạnh không đầy đủ).

Theo dõi và chăm sóc sau thủ thuật

Có nhiều cách chăm sóc sau thủ thuật tùy thuộc vào loại tổn thương, vị trí và độ sâu khi áp lạnh (Kuflik và Kuflik 2012). Bệnh nhân nên được hướng dẫn về thời gian vết thương sẽ lành, tác dụng phụ, và biến chứng có thể xảy ra như đỏ da, khó chịu, thậm chí là cảm giác đau và nóng rát (Pasquali 2010).

Nếu áp lạnh nông trên bề mặt thì không cần phải băng thương tổn; khi áp lạnh sâu cần phải băng tổn thương bằng gặc trong vòng 48h, và kèm thêm bôi kháng sinh. Trong hầu hết các trường hợp, thì chỉ cần rửa với nước và xà phòng là đủ (Kuflik và Kuflik 2012; Pasqualli 2013). Trong trường hợp ác tính, tổn thương xuất tiết nhiều và giảm dần khi vết thương lành. Nên thường xuyên rửa vết thương (3-4 lần/ ngày) trong giai đoạn xuất tiết nhiều dịch và số lần rửa ít hơn trong giai đoạn tạo hạt. Sau cryotherapy sẽ có sự xuất hiện bọng nước tại vùng tổn thương, và đây không phải là biến chứng của thủ thuật (Kuflik và Kuflik 2012), bọng nước này có thể được hút hoặc không (Pasqualli 2013). Sự xuất tiết dịch có thể kéo dài từ vài ngày cho đến 10-15 ngày sau thủ thuật. Nếu tổn thương đóng mài (hình 4), lột bỏ lớp mài sẽ làm tăng tốc độ lạnh (đối với mài của tổn thương mạch máu thì không nên lột).

Với những tổn thương ở chân và tai, và những trường hợp nhiễm trùng thứ cấp thấy rõ trên lâm sàng (ít khi xảy ra), một vài tác giả khuyến cáo sử dụng kháng sinh đường uống (Kuflik và Kuflik 2012).

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 4: Đóng mài sau cryotherapy với nitrogen lỏng khi điều trị dày sừng ánh sáng vùng thân

Cần theo dõi sớm và lâu dài một cách thích hợp sau khi làm thủ thuật để kiểm tra vết thương, giải quyết những biến chứng có thể và lặp lại điều trị tại chỗ hoặc tổn thương khác khi cần thiết và trong trường hợp tổn thương tái phát (Usatine 2015).

TÁC DỤNG PHỤ VÀ BIẾN CHỨNG

Tỉ lệ biến chứng sau cryotherapy rất thấp và đều quan trọng là phải phân biệt được biến chứng nào thỉnh thoảng xuất hiện, tạm thời và vĩnh viễn (Bảng 1). (Pasquali 2010; Kuflik và Kuflik 2012; Lawrence và Tefler 2010; Vujewich và Goldberg 2008; Petres 1996; Pasqualli 2013; Usatine 2015),

Bảng 1: bảng tác dụng phụ và biến chứng có thể xảy ra

Thường xảy ra

Phù
Đau
Xuất huyết trong bì
Giảm sắc tố
Lột da
Mụn nước/ bọng nước
Xuất tiết

Thỉnh thoảng xảy ra/tạm thời

Nhiễm trùng thứ phát
Bỏng
Xuất hiện mụn thịt (Milia)
Đau đầu
Ngất
Xuất huyết ngoài vị trí vết thương
Chậm lành vết thương

https://nhathuocngocanh.com/

U hạt sinh mủ

Vĩnh viễn

Giảm sắc tố
Mất sắc tố
Co kéo
Làm sâu cánh mũi hoặc cánh tai
Rụng tóc
Biến dạng móng
Sẹo teo
Sẹo lồi
Đau thần kinh
Tổn thương gân
Lộn mí
U niêm dịch ở môi
Phát ban mủ trợt ở da đầu
Khởi phát bạch biến

KẾT LUẬN

Cryotherapy được xem là một lựa chọn điều trị linh hoạt cho những tổn thương lành tính và ác tính, tiến hành nhanh gọn, chi phí thấp và giảm tỉ lệ bệnh hơn so với phẫu thuật thông thường. Phương pháp này có thể được dung nạp ở đối tượng bệnh nhân người lớn tuổi, phụ nữ có thai. Ngoài ra phương pháp này còn cho kết quả có tính thẩm mỹ và có thể tiến hành ở phòng mổ hoặc phòng khám. Cryotherapy được sử dụng dể điều trị rất nhiều bệnh về da khác nhau. Mục đích của phương pháp là làm đóng băng mô bằng nhiệt độ âm, từ đó gây tổn thương mô bệnh, vết thương sau đó sẽ lành lại. Có vài kĩ thuật để tiến hành cryotherapy và việc lựa chọn kĩ thuật nào tùy thuộc vào tổn thương và người tiến hành thủ thuật. Những bác sĩ chưa có kinh nghiên nên tránh làm thủ thuật vì có thể gây tổn thương nhiều hơn nếu làm không đúng cách (Usatine 2015).

GHI NHỚ

1. Cryotherapy là một phương pháp hữu ích với bệnh da có nhiều tổn thương.

2. Có thể phối hợp với các thủ thuật khác như lột da hóa chất và laser.

3. Có thể dùng cryotherapy như phương pháp gây tê bề mặc cho các thủ thuật được lựa chọn.

4. Lột da lạnh (cryopeeling) có thể áp dụng để điều trị vùng tổn thương ung thư hóa rộng.

5. Mang lại kết quả điều trị tốt và có tính thẩm mỹ đối với bệnh dày sừng ánh sáng.

THAM KHẢO

Abdel-Meguid AM, Weshahy AH, Sayed DS, Refaiy AE, Awad SM. Intralesional vs. contact cryosurgery in treatment of keloids: a clinical and immunohistochem- ical study. Int J Dermatol. 2015;54(4):468–75.

Afsar FS, Erkan CD, Karaca S. Clinical practice trends in cryosurgery: a retrospective study of cutaneous lesions. Postepy Dermatol Alergol. 2015;32(2):88–93.

Chiarello SE. Cryopeeling (extensive cryosurgery) for treatment of actinic keratoses: an update and compari- son. Dermatol Surg. 2000;26(8):728–32.

Choudhary S, Koley S, Salodkar A. A modified surgical technique for steatocystoma multiplex. J Cutan Aesthet Surg. 2010;3(1):25–8.

https://nhathuocngocanh.com/

Farhangian ME, Snyder A, Huang KE, Doerfler L, Huang WW, Feldman SR. Cutaneous cryosurgery in the United States. J Dermatolog Treat. 2015;24:1–4. [Epub ahead of print].

Gonçalves JC. Fractional cryosurgery for skin cancer.

Dermatol Surg. 2009;35(11):1788–96.

Gurel MS, Aral BB. Effectiveness of erbium: YAG laser and cryosurgery in seborrheic keratoses: randomized, prospective intraindividual comparison study. J Der- matolog Treat. 2015;26(5):477–80.

Kuflik EG, Kuflik JH. Cryosurgery. In: Bolognia JL, Lorizo JL, Schaffer JV, editors. Dermatology. 3rd ed. Edinburgh: Elsevier; 2012. p. 2283–9.

Kumarashinghe SPW. Cryotherapy in idiopathic guttate hypomelanosis. J Dermatol. 2004;31:437–9.

Lawrence CM, Tefler NR. Dermatological surgery- cryosurgery. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. Rook's textbook of dermatol- ogy, vol. 1., 8th ed. Hoboken: Wiley Blackwell; 2010. p. 77-39–42.

Van Leeuwen MC, van der Wal MB, Bulstra AE, Galindo- Garre F, Molier J, van Zuijlen PP, van Leeuwen PA, Niessen FB. Intralesional cryotherapy for treatment of keloid scars: a prospective study. Plast Reconstr Surg. 2015;135(2):580–9.

Panagiotopoulos A, Chasapi V, Nikolaou V, Stavropoulos PG, Kafouros K, Petridis A, Katsambas A. Assessment of cryotherapy for the treatment of verrucous epidermal naevi . Acta Derm Venereol. 2009;89(3):292–4.

Pasquali P, Sebastian GJ, Zouboulis CC. Cryosurgery. In: Robinson JK, Hanke WC, Siegel DM, Fratila A, editors. Surgery of the skin-procedural dermato- logy. 2nd ed. Edinburgh: Mosby-Elsevier; 2010. p. 153–65.

Pasqualli P. Cryosurgery. In: Nouri K, editor. Dermatologic surgery step by step. West Sussex: Wiley-Blackwell; 2013. p. 51–7.

Petres J, Rampel R, Robins B. Cryosurgery. In: Petres J, Rampel R, Robins B, editors. Dermatologic surgery. Berlin: Springer; 1996. p. 101–5.

Playsangam T, Dee-Ananlap S, Swanprakorn P. Treatment of idiopathic guttate hypomelanosis with liquid.

https://nhathuocngocanh.com/

Chương 18

Ứng dụng điện phẫu thuật trong các thủ thuật thẩm mỹ

Sarita Martins, Emerson Lima, Mariana Lima, và Marcio Martins Lobo Jardim

TÓM TẮT

Phẫu thuật điện là một thuật ngũ dùng để mô tả những phương pháp trong đó điện được dùng để phẫu thuật. Ứng dụng lâm sàng của phẫu thuật điện là dùng để rạch vết thương, cắt, đốt hoặc cầm máu. Chương này sẽ đưa ra những giải thích chi tiết về nguyên lí cơ bản của phẫu thuật điện như kĩ thuật, tác dụng phụ, và những biến chứng của nó như bỏng, nguy cơ phơi nhiễm, làm hỏng máy tạo nhịp tim, tạo khói phẫu thuật.

NỘI DUNG

• Giới thiệu
• Cơ chế hoạt động
• Lịch sử
• Phương thức phẫu thuật điện
• Ứng dụng lâm sàng của phẫu thuật điện
• Sấy điện
• Đông điện
• Đốt bằng tia điện
• Cắt điện
• Phẫu thuật bằng điện một chiều
• Dao đốt điện
• Điện cực mổ
• Thủ thuật phẫu thuật điện
• Ứng dụng lâm sàng
U vàng (hình 4)
Mụn thịt (hình 5)
U nang nước (hình 6)
Dày sừng tuyến bã (hình 7)
U hạt sinh mủ (hình 8)
U mềm treo (skin tags) (hình 9)
Bệnh mũi sư tử (rhinophyma) (hình 10)
Nevus sùi
U tuyến mồ hôi
Sẹo trứng cá, nếp nhăn, xệ da (hình 11)
Nguy cơ
Bỏng
Tạo kênh
Nguy cơ cháy
Plume
Máy tại nhịp tim
• Vô trùng
• Ưu điểm
• Nhược điểm
• Chăm sóc sau phẫu thuật
• Tác dụng không mong muốn
• Biến chứng
• Ghi nhớ
• Tham khảo

https://nhathuocngocanh.com/

GIỚI THIỆU

Phẫu thuật điện là thuật ngữ dùng để mô tả những phương pháp mà có sử dụng dòng điện trong phẫu thuật (Bezerra và Jardim 2013; Bezerra 2013; Fewkes 1992). Trong thủ thuật này, năng lượng sinh ra từ dòng điện được dùng để phá hủy hoặc cắt bỏ mô cơ thể. Những dòng điện này có thể được tạo ra từ bộ phóng điện, ống vô tuyến, hoặc dụng cụ phẫu thuật điện dùng pin (Popkin 1987).

Những bác sĩ da liễu đã sử dụng phẫu thuật điện trong hơn 80 năm. Tuy nhiên, mặc dù nhiều bác sĩ đã sử dụng phương pháp này, nhiều người vẫn ít công nhận những lợi ích của nó. Ưu điểm của phương pháp này là tốn ít thời gian, phù hợp sử dụng trong phòng khám và trên thực hành lâm sàng da liễu, đòi hỏi ít dụng cụ, và khả năng dung nạp của bệnh nhân cao. Khi sử dụng phương pháp này ở những bệnh nhân có chỉ định hợp lí, thì có thể mang lại kết quả có tính thẩm mỹ trong khoảng từ chấp nhận được đến rất tốt đối với cả tổn thương lành tính lẫn ác tính. Trải qua nhiều năm, những thiết bị được sử dụng trong điều trị điện ngày càng trở nên phức tạp (Popkin 1987; Chiarello 2003).

CƠ CHẾ HOẠT ĐỘNG

Để sử dụng thiết bị phẫu thuật điện, bác sĩ nên hiểu về cách thức hoạt động của thiết bị đó. mạch điện của tất cả những thiết bị điện thường có chung một vài đặc điểm thiết kế cần thiết để tạo ra được dòng điện đầu ra (output) phù hợp với phẫu thuật điện. Đầu tiên, dòng điện dân dụng sẽ đi qua một máy biến áp và thay đổi hiệu điện thế (tính bằng volt) thành mức hiệu điện thế phù hợp với mạch điện của thiết bị. Cuối cùng, dòng điện sẽ được truyền đến điện cực điều trị (Chiarello 2013). Dòng điện được áp dụng điều trị có thể là một đầu ra hoặc hai đầu ra. Trong phẫu thuật điện một đầu ra, một điện cực phân tán lớn (tấm nối đất) nối với thiết bị được kê dưới bệnh nhân và thiết bị kết nối với bệnh nhân bằng một kim điện cực điều trị. Do đó bệnh nhân trở thành 1 phần của mạch điện. Đối với phẫu thuật điện một đầu ra, bệnh nhân không phải là một phần của mạch điện, và không cần phải kết nối thiết bị với mặt đất (Blankenship 1979).

Tất cả máy mổ điện được cấu tạo gồm một tay cầm kết nối với điện cực hoạt động, một tấm điện cực phân tán (tấm nối đất), và một máy biến áp. Sóng vô tuyến được tạo ra đi qua điện cực vào tổn thương, và trở lại máy mổ điện thông qua tấm nối đất (Fewkes)

LỊCH SỬ

Trong nhiều thế kỉ trước các bác sĩ đã sử dụng nhiệt để phá hủy mô. Đốt nhiệt đã từng được sử dụng bởi người Ai cập và người Hi Lạp cổ để điều trị khối u và áp xe, cũng như để cầm máu (Fewkes 1992). Tuy nhiên, việc sử dụng điện để sản sinh ra nhiệt để phá hủy đã chưa xuất hiện cho đến giữa thế kỉ XIX khi mà dòng điện vật lí đã được phát triển và đưa vào ứng dụng. Claude Paquelin phát triển phương pháp đốt điện vào năm 1975; phương pháp mới này giống với phương pháp đốt nhiệt cổ xưa (trong phương pháp mới này, một đầu dẫn

https://nhathuocngocanh.com/

nhiệt tiếp xúc trực tiếp để truyền nhiệt và đốt mô nhưng không có dòng điện chạy qua) chỉ khác là nhiệt tạo ra từ dòng điện mà thôi (Fewkes 1992; Sebben 1988). Tuy nhiên, sự bắt đầu thực sự của phẫu thuật điện là khi phát hiện và phát triển dòng điện xoay chiều cao tần. Vào năm 1891, Jacques Arsene d'Arsonval đã phát triển mạch điện cần thiết để tạo ra dòng điện cao tầng. Ông nhận thấy rằng dòng điện cao tần trên 10,000 vòng/giây (10,000 hertz) có thể đi qua cơ thể mà không gây đau đớn, co cơ hay gây hại gì cho cơ thể con người (Bezerra và Jardim 2013; Bezerra 2013; Fewkes 1992; Chiarello 2003; Matzle 2006; Pollack 2000; Sebben 2000).

Vào năm 1893, Oudin đã thiết kế ra một mạch cộng hưởng có sự cân bằng giữa điện trở điện dung và điện trở điện cảm; đều này cho phép dòng điện lớn tối đa đi qua với điện trở mạch tối thiểu. Oudin đã sử dụng máy tạo khoảng cộng hưởng (resonated gap generator) để phá hủy nhiều tổn thương da khác nhau. Năm 1908, Walker de Keating- Hart đã thấy rằng dòng điện cao tầng có thể phát ra từ điện cực vào mô theo một vết dài như tia sét (tia điện). Ông đã dùng tia điện này để phá hủy ung thư da, từ đó phát triển phương pháp đốt bằng tia điện. Năm 1911, William Clark đã sử dụng dòng điện có điện thế cao và cường độ thấp để phá hủy mô đơn cực. Một dòng điện được áp trực tiếp vào mô để làm khô tại vùng dòng điện tiếp xúc. Clack gọi phương pháp này là sấy điện (Fewkes 1992; Sebben 1988; Matzle 2006; Pollack 2000). Vào năm 1908, Doyen được cho là người đầu tiên phát triển phương pháp đưa dòng điện có hiệu điện thế thấp hơn, và năng lượng cao hơn vào bệnh nhân bằng cách đặt một tấm điện cực phía dưới bệnh nhân. Năm 1926, William Bovie, một nhà vật lí đã phối hợp với Harvey Cushing là một bác sĩ phẫu thuật để phát triển thiết bị phẫu thuật điện tần số cao; thiết bị này cho dòng điện ra có nhiều điện thế khác nhau cũng như các mức độ suy giảm sóng khác nhau. Công cụ này cũng có thể làm đông mạch máu với nhiều kích thước khác nhau (có hoặc không có cắt mô) và là mẫu đầu tiên của thiết bị mổ điện hiện đại. Sự kiện lớn tiếp theo của sự phát triện điện phẫu thuật là vào năm 1923 khi mà Dr. George A. Wyeth báo cáo rằng một bác sĩ phẫu thuật u đã dùng điện phẫu thuật để cắt mô (Matzle 2006; Pollack 2000). Vào năm 1932, tập đoàn Birtcher đã thương mại thiết bị spark gap-based HyfrecatorTM, thiết bị này sau đó đã trở nên rất phổ biến cho các phương pháp điều trị đông máu điện, sấy điện, đốt bằng tia điện bằng một đầu ra hay hai đầu ra được đặt ở các phòng khám.

Có 4 dạng sóng khác nhau trong điện phẫu thuật:

- Được lọc toàn bộ (sóng không suy giảm), ví dụ: cắt (cắt điện): phù hợp để cắt và cầm máu tối thiểu.
- Hoàn toàn được chỉnh lưu (sóng suy giảm nhẹ), ví dụ: cắt và cầm máu (cắt điện và đông điện): phù hợp để cắt và đông máu mô đồng thời.
- Được chỉnh lưu một phần (sóng suy giảm vừa), ví dụ: đông máu: phù hợp để cầm máu động mạch đang

https://nhathuocngocanh.com/

chảy.

• Sóng spark gap (sóng suy giảm nhiều), ví dụ, làm khô: phù hợp để sấy khô (Chiarello 2003).

ỨNG DỤNG LÂM SÀNG CỦA PHẪU THUẬT ĐIỆN (BẢNG 1)

Ứng dụng lâm sàng cụ thể của các phương pháp phẫu thuật điện phụ thuộc vào sự ưa thích và kinh nghiệm của phẫu thuật viên; điện phẫu thuật có thể được sử dụng trong kĩ thuật rạch mô và được ứng dụng trong cắt bỏ toàn bộ bề dày của bớt, kĩ thuật cạo nhằm loại bỏ những tổn thương nông, và trong cắt bỏ tổn thương mạch máu như u máu và u hạt sinh mủ (Pollack 1991).

Bảng 1

Tổn thương lành tính: bớt, tăng sản tuyến bã, bệnh mũi sư tử, u mềm treo (skin tags), u mạch, u xơ mạch, u xơ bì, sẩn xơ, u gai sừng, dày sừng tuyến bã, u tuyến mồ hôi, hồ tĩnh mạch, mụn cóc.

Tổn thương tiền ung thư: dày sừng ánh sáng.

Tổn thương ác tính: ung thư tế bào đáy (tổn thương nguyên phát, kích thước nhỏ, nông, giới hạn rõ và ở vùng ít nguy cơ).

Tổn thương thẩm mỹ: nếp nhăn và xệ da.

SẤY ĐIỆN

Sấy điện là phương pháp phổ biến được sử dụng hầu hết bởi các bác sĩ da liễu và là phương pháp trong đó một điện cực tần số cao một đầu ra được đặt tiếp xúc với mô và bắn ra một tia điện nhỏ, tia điện này được hấp thụ vào mô và gây ra tổn thương nhiệt kèm ít carbon hóa hơn so với đốt điện (Fewkes 1992; Chiarello 2003; Sebben 1988).

Sấy điện được sử dụng đối với những tổn thương nông như những tổn thương chỉ liên quan đến thượng bì. Điện cực điều trị tiếp xúc với mô để gây mất nước và kết tủa protein. Trong phẫu thuật điện phá hủy mô bằng sấy điện, nếu sử dụng dòng điện có cường độ tối thiểu thì hầu hết các tổn thương nằm ở lớp thượng bì và do đó ít có nguy cơ để lại sẹo. Tuy nhiên nếu sử dụng ở cường độ mạnh thì có thể gây kết tủa những mô ở sâu và có khả năng để lại sẹo cao. Nhìn chung, đôi khi phải phối hợp sấy điện với đốt điện vì điện cực điều trị không phải lúc nò cũng hoàn toàn tiếp xúc với mô.

Nếu điện cực được giữ cách mô một khoảng nhỏ, tia điện được hình thành giữa điện cực và mô- kĩ thuật này được gọi là đốt điện và chỉ gây phá hủy rất nông trên bề mặt vì quá trình than hóa bề mặt giúp cách điện cho lớp mô phía dưới (Chiarello 2003; Bougthon 1987). Đây là phương pháp được lựa chọn khi chỉ muốn phá hủy các tổn thương ở bề mặt nông của da như dày sừng ánh sáng, dày sừng tuyến bã, u mạch nhện, u mạch cherry, u mạch dày sừng, u mềm treo (skin tags), u tuyến mồ hôi, mụn cóc phẳng, sùi mào gà, hoặc bớt thượng bì nhỏ. Đồng thời phương pháp này cũng có thể giúp cầm máu với những mạch máu nhỏ. Kỹ thuật chuẩn dùng để điều trị các bệnh lí dày sừng bằng phương pháp này là di chuyển điện cực chậm trên bề mặt của tổn thương (đối với tổn thương nhỏ) hoặc chèn trực tiếp

https://nhathuocngocanh.com/

vào trong tổn thương (đối với những tổn thương lớn) với dòng điện có cường độ thấp . Sau một vài giây, tổn thương sẽ nổi bong bóng do thượng bì bị tách ra khỏi lớp bì, sau đó lớp này được loại bỏ một cách dễ dàng bằng curette hoặc đơn giản bằng cách lấy gạc chùi đi. Điểm cuối lâm sàng trong điều trị các tổn thương thượng bì là xuất hiện các chấm xuất huyết, sau đó có thể cầm máu bằng chèn ép, đông điện, hoặc bôi chất cầm máu tại chỗ như aluminum chloride. Nếu máu chảy nhiều hơn chứng tỏ có thể lớp bì đã bị tổn thương, và nguy cơ để lại sẹo sẽ cao hơn. Với những tổn thương nhỏ và rất nông khi điều trị với đốt điện chỉ gây tổn thương tối thiểu những mô xung quanh (Chiarello 2003).

Đông điện

Đông điện điện là quá trình trong đó sử dụng một điện cực mổ tần số cao có 2 đầu ra đặt lên hoặc đặt gần mô từ đó dòng điện sẽ được truyền qua mô và gây đông nhiệt mô (Fewkes 1992).

Phương pháp này được dùng để phá hủy các mô nằm ở sâu và kích thước lớn và để cầm máu phẫu thuật (kẹp điểm máu chảy hoặc mạch máu). Một dòng điện suy giảm trung bình được gắn vào một dụng cụ 2 đầu ra (vd: cả điện cực tập trung và phân tán đều được sử dụng). Dòng điện nay có cường độ cao hơn và hiệu điện thế thấp hơn dùng cho mục đích cuối cùng để sấy điện (Chiarello 2003; Sebben 1988). Điện cực được đặt trực tiếp lên mô được điều trị di chuyển chậm ngang qua tổn thương, tổn thương sau đó sẽ bị đốt thành than. Sau đó sử dụng curette để cạo lớp mô bị than hóa đi.

Đông điện được sử dụng chủ yếu để cầm máu các mạch máu lớn. Phương pháp này được chỉ định để điều trị mụn cóc, giãn mạch nông, lông lạc chỗ, u hạt sinh mủ, móng quặp, u tuyến mồ hôi, u vàng, u mạch nhỏ, u nang nhầy, u mạch ruby, tăng sản tuyến bã, dày sừng tuyến bã, epithelioma nang lông, và ung thư tế bào đáy nguyên phát nhỏ chưa có biến chứng ở những vùng đặc biệt. Để điều trị ung thư, nên lặp lại thủ thuật thêm 2 lần để loại bỏ bất kì những khối u nhỏ lan rộng nào. Sau khi đông điện, sử dụng một curette nhỏ để cạo bỏ những gốc nhỏ của khối u. Sau điều trị thường sẽ để lại sẹo do đó phải thảo luận trước với bệnh nhân về vấn đề này (Popkin 1987; Chiarello 2003).

Phẫu thuật viên nên lưu ý việc sử dụng đông điện để cầm máu phẫu thuật nên áp dụng đối với điện phẫu thuật khô vì dòng điện sẽ được truyền qua máu vào vùng mô rộng hơn và hiệu quả cầm máu sẽ bị giảm và ngăn chặn do dòng điện bị phân tán. Nên tránh hết sức việc sử dụng dòng điện ra cường độ mạnh vì gây đông và carbon hóa vùng mô lớn, làm mục mô và biến chứng chảy máu sau đó. Một thiết bị thay thế khác trong đông điện là forceps 2 đầu ra; cả 2 cực của forceps 2 đầu ra là những điện cực hoạt động luân phiên. Mô được kẹp giữa 2 điện cực hoạt động sẽ nhận được dòng điện cao, có sức tập trung. Một cách sử dụng khác là dùng clamp hoặc forceps để giữ mạch máu sau đó dùng điện cực tiếp xúc trực tiếp với 2 dụng cụ này.

https://nhathuocngocanh.com/

Kĩ thuật này không hữu ích nhiều trong trường hợp các thiết bị có một đầu ra do dòng điện chậm và phân tán quá nhiều không đủ để tạo ra lượng nhiệt cần thiết để cầm mạch máu. Tuy nhiên, do khả năng xâm nhập và phá hủy sâu, đông điện có thể để lại những tổn thương không mong muốn và hoại tử mô sâu cạnh tổn thương, do đó sẽ ảnh hưởng đến quá trình lành vết thương và chức năng của dây thần kinh (Pollack 1991).

Đốt điện

Đốt điện là một thủ thuật trong đó một điện cực phẫu thuật điện tần số cao một đầu ra được giữ ở vị trí cách bề mặt mô một khoảng 3-4 mm, sau đó phóng ra một tia điện qua khoảng không vào mô gây tổn thương và than hóa mô.

Sự khác nhau giữa đốt điện và sấy điện chủ yếu là vị trí đặt điện cực. Lợi ích của đốt điện là cung cấp đủ năng lượng để cầm máu nhưng không gây tổn thương mô nhiều như khi tiếp xúc trực tiếp với mô trong sấy điện và để lại ít sẹo hơn so với phương pháp sấy điện. Máy phát điện cường độ cao được sử dụng để đông điện không tạo ra đủ điện thế để tải một dòng điện trong đốt điện Một vài đơn vị được thêm vào một cuộn thứ cấp vào mạch điện để tăng hiệu điện thế đến mức đủ cao để phóng ra được dòng điện qua khoảng không. Những tổn thương da khi được điều trị bằng kĩ thật này có thời gian lành nhanh hơn vì tổn thương nhiệt ít hơn. Một lỗi thường gặp khi dùng đốt điện là bật máy mổ điện ở chế độ quá mạnh đến nỗi tạo ra một tia điện thấy rõ qua khoảng không. Nếu dòng điện quá lớn thì có thể gây tổn thương mô quá mức và than hóa mô. Đốt điện không có lợi nếu ở chế độ năng lượng cao. Chỉ định cơ bản để sử dụng dòng điện là tăng sắc tố ánh sáng, dày sừng ánh sáng, dày sừng tuyến bã, và peel (Pollack 1991).

Cắt điện

Cắt điện là một thủ thuật sử dụng một điện cực 2 đầu ra có dòng điện mạnh, tần số cao để truyền dòng điện qua mô và cắt chúng; phương pháp này được ứng dụng để rạch, chia và tách mô (Fewkes 1992). Trong cắt điện một điện cực 2 đầu ra mang dòng điện giảm dần nhẹ được áp vào mô. Dòng điện có hiệu điện thế thấp và cường độ mạnh sẽ làm lan tỏa nhiệt ra xung quanh, làm tổn thương mô và do đó có thêm lợi ích cầm máu ngoài tác dụng cắt mô. Có thể chỉ cắt đơn thuần mà không cầm máu với dòng điện ống không giảm dần vì dòng điện này không lan tỏa nhiệt ra xung qua và bốc hơi mô mà không giúp cầm máu (Chiarello 2003). Cắt điện có thể được sử dụng để cắt mô một cách nhanh chóng và không cần dùng lực, hoặc cắt mà không gây chảy máu (Chiarello 2003; Sebben 1988,1998) gần như không cần phải có lực tay khi mổ với phương pháp cắt đện. Mật độ năng lượng tối đa có thể đạt được với dòng điện tối thiểu; giá trị mật độ năng lương tăng khi giảm bán kính cong của điện cực Có thể sử dụng phương pháp cắt điện với nhiều loại điện cực khác nhau, dạng phổ biến nhất là một vòng dây thép nhỏ . Điện cực hình lưỡi hỏi

https://nhathuocngocanh.com/

năng lượng cao hơn và diện tích bề mắt lớn hơn của lưỡi dao điện khi tiếp xúc với mô để cắt. Điện cực dạng vòng dây thép cũng gây tổn thương nhiệt lớn hơn so với điện cực dây thép thẳng vì nó đòi hỏi năng lượng điện cao hơn để tạo ra được mật độ năng lượng cắt (Fewkers 1992; Sebben 1998; Sebben và Davis 1988). Sự khác biệt giữa cắt bằng dao điện và dao mổ có thể thấy được ngay khi lần đầu sử dụng dao điện. Ở một chế độ cài đặt năng lượng cần thiết, dao điện đi vào mô một cách dễ dàng như "dao nóng cắt bơ" vậy. Tuy nhiên, cần phải làm ẩm mô trước với gạc ẩm. Nếu có tia điện xuất hiện trong khi cắt mô nghĩa là năng lượng được cài đặt quá cao; nếu dao điện "không bén" nghĩa là năng lượng được cài đặt quá thấp (Chiarello 2003).

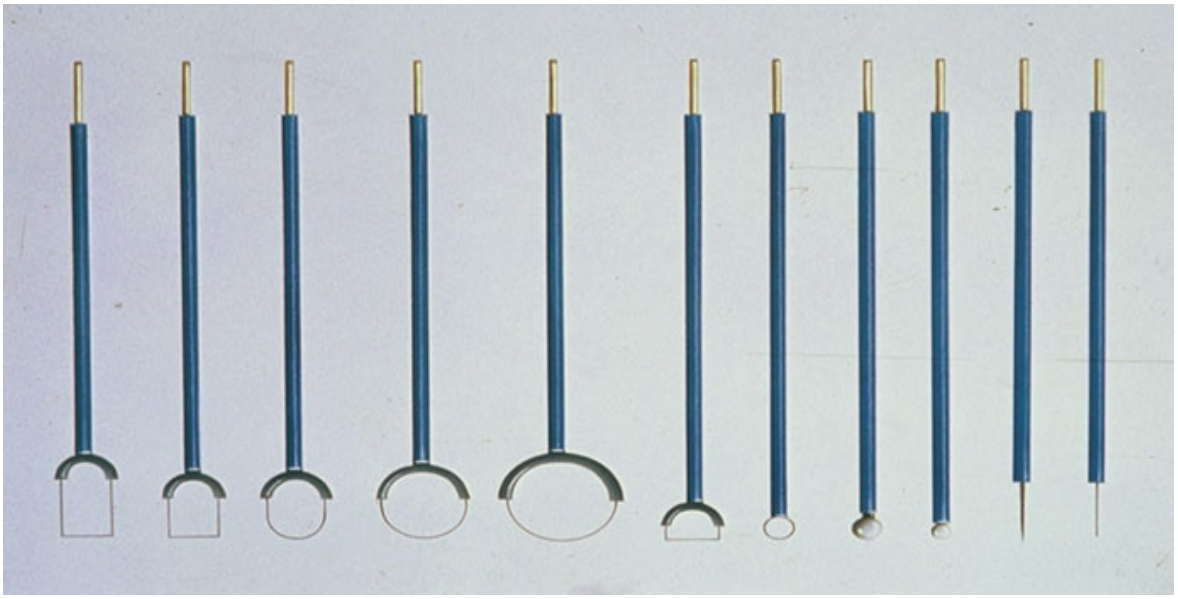
Lợi ích chủ yếu của cắt điện so với dao mổ bình thường là khả năng cầm máu ngay khi cắt. Tuy nhiên, với những mạch máu lớn (đường kinh >1 mm) thì cần đòi hỏi thêm đông điện tại điểm chảy máu (Chiarello 2003) và dao điện gây tổn thương mô lớn hơn và thời gian lành chậm hơn. Vết cắt bởi dao điện có thể được khâu lại như ban đầu nhưng cần thời gian dài hơn để đạt lại được sức căng ban đầu của nó. Mức năng lượng quá cao hoặc tốc độ cắt quá chậm có thể gây cầm máu quá mức, gây tổn thương rộng hơn và làm vết thương chậm lành hơn. Nên cắt với tốc độ điều đặn, nhanh nhẹn. Tốc độ tốt nhất là khi có thể tạo ra một đường cắt sạch, không hoặc ít có sự than hóa- mặc dù ở mức than hóa có thể giúp cầm máu tốt hơn nhưng lại làm vùng tổn thương do nhiệt lớn hơn. Tốc độ di chuyển nên ở mức cắt mô vừa phải không làm chín hoặc hóa than mô; tốc độ di chuyển dao điện tốt nhất là từ 5-10 mm mỗi giây (Fewkes 1992; Sebben 1988, 1998). Vì một lượng nhỏ mô bị đốt thành than dính vào dao điện và gây cản trở khả năng cắt và cầm máu nên cần phải làm sạch dao điện thường xuyên trong quá trình mổ. Nếu mô bị than hóa quá nhiều thì có thể do năng lượng được chỉnh quá cao hoặc tốc độ cắt quá chậm (Fewkes 1992).

Phẫu thuật điện là rất hữu ích để có thể tạo những đường cắt không chảy máu ở vùng đầu và những tổn thương lớn, hữu ích trong kĩ thuật cạo và rạch, trong điều trị bệnh mũi sư tử, viêm tuyến mồ hôi mũ, một vài loại bớt, trong cắt các khối u lành tính và ác tính, sinh thiết da, phẫu thuật thẩm mỹ mí mắt, cắt bỏ bớt da đầu, vạt da đầu, nâng da đầu (Fewkes 1992; Popkin 1987; Chiarello 2003; Sebben 1988,1998; Weber 2000).

PHẪU THUẬT BẰNG ĐIỆN MỘT CHIỀU

Một vài bác sĩ da liễu có những thiết bị có thể tạo ra được dòng điện một chiều, phương pháp phẫu thuật bằng dòng điện một chiều này ít khi được áp dụng trong thực hành hàng ngày. Cách này thường được áp dụng trong điện phân, trong thủ thuật này một dòng điện một chiều tần số thấp đi qua mô được đặt nằm giữa 2 điện cực, từ đó gây tổn thương mô thông qua các phản ứng hóa học xảy ra ở đầu mỗi điện cực (Fewkes 1992; Sebben 1988; Sampaio và Piazza 2009). Điện phân thường dùng để phá hủy nang lông (nhổ lông hoặc triệt lông hoàn toàn). Phương pháp này tương đối

https://nhathuocngocanh.com/



Hình 1: Các loại điện cực

hiệu quả, ít đau và ít nguy cơ hình thành sẹo, nhưng lại tốn thời gian. Với sự xuất hiện của các thiết bị laser như hiện nay thì phương pháp này ít được chỉ định hơn và chỉ sử dụng khi muốn cắt bỏ nang lông (Shaw 1988).

DAO ĐỐT ĐIỆN

Dao đốt điện sử dụng một điện cực tỏa nhiệt nhưng không truyền dòng điện sang mô. Tuy nhiên, đây là một kĩ thuật cũ và hiện không còn được sử dụng (Sampaio và Piazza 2009). Phương pháp sấy điện có thể đạt được kết quả tương tự như dao đốt điện nhưng dao đốt điện lại gây tổn thương mô nhiều hơn và vết thương chậm lành hơn. Những thiết bị dùng dòng điện tần số cao đã thay thế hầu hết dao điện (Blankenship 1979; Sebben 1988).

ĐIỆN CỰC MỔ (HÌNH 1)

Có nhiều loại điện cực mổ với kiểu dáng, hình dạng, kích thước khác nhau trên thị trường và được bán ở dạng đã khử trùng hoặc chưa. Việc lựa chọn điện cực mổ tùy thuộc vào dạng sóng và chẩn đoán thương tổn. Đáp ứng của mô với điện cực mổ cũng rất khác nhau tùy thuộc vào loại điện cực mổ được sử dụng. Điện cực mổ càng lớn thì nhiệt quanh điện cực được tạo ra càng nhiều và năng lượng cần thiết phải được điều chỉnh càng cao. Với điện cực nhỏ hơn, thì nhiệt tạo ra xung quanh sẽ thấp hơn và cần điều chỉnh mức năng lượng thấp hơn (Sebben 1988; Taheri 2013).

Phân loại điện cực mổ

Điện cực kim nhỏ

Điện cực vòng thép với các kích cỡ khác nhau

Điện cực dạng quả cầu.

Điện cực kim đốt-sấy

Điện cực dây thép

Điện cực dạng lưỡi dao

https://nhathuocngocanh.com/

Điện cực vòng kim cương
Điện cực e líp
Điện cực tam giác
Kim nhổ lông
Forcep song cực
Điện cực cắt chất nền

Điện cực có thể cứng hoặc có thể uốn cong. Điện cực sẽ trở nên kém hiệu quả nếu các mảnh mô bị than hóa bám trên bề mặt vì sẽ làm giảm sự dẫn truyền dòng điện phẫu thuật vào mô nên đòi hỏi phải cài đặt mức năng lượng cao hơn. Do đó, cần phải giữ cho mũi điện cực sạch sẽ trong suốt quá trình tiến hành phẫu thuật.

Những yếu tố làm giảm tổn thương nhiệt đối với vùng mô xung quanh:

Đường kính điện cực nhỏ hơn
Rút ngắn thời gian tiếp xúc giữa điện cực và tổn thương
Mật độ năng lượng thấp hơn
Dùng dòng điện có tần số cao hơn
Cắt dạng sóng

THỦ THUẬT PHẪU THUẬT ĐIỆN

Hiện nay có rất nhiều thiết bị phẫu thuật điện và mỗi loại cung cấp rất nhiều dạng sóng khác nhau- bất kì máy nào trong những loại máy này đều có thể được sử dụng. Chúng tôi sử dụng thiết bị tần số vô tuyến Wavetronic 500 Digital (hình 2) (Loktal Medical Electronics, Brazil).

Vì phẫu thuật điện hầu như sẽ gây đau, nên cần phải gây tê cho bệnh nhân khi phẫu thuật. Có thể gây tê bằng kem bôi (2.5% lidocaine + 2.5% kem prilocaine), tiêm tê tại chỗ, hoặc gây tê troncular (2% lidocaine có hoặc không thêm vào epinephrine). Tuy nhiên, chúng tôi không khuyến cáo bôi tê vì bệnh nhân cần phải rất thỏa mái và yên lặng trong quá trình tiến hành thủ thuật. Trước khi gây tê, tổn thương và phần da quanh tổn thương phải được làm sạch bằng povidone-iodine hoặc dung dịch chlorhexidine (không bao giờ được sử dụng dung môi cồn do nguy cơ gây cháy). Phẫu thuật điện nên được tiến hành khi bệnh nhân ở tư thế ngồi hoặc nằm thỏa mái trên bàn mổ, bộc lộ tổn thương và đủ ánh sáng (Weber 2000). Nên giữ cho điện cực sạch và không bị dính mô từ vết thương.

Cần phải chăm sóc vết thương sau mổ theo đúng chuẩn phối hợp với đắp gạc để gây bán bít tắt. Cần lưu ý với bệnh nhân nguy cơ chảy máu kéo dài và khẳng định lại với bệnh nhân là chảy máu có thể được kiểm soát từ 10-30 phút nếu đè ép lên liên tục lên vết thương. Cần phải giải thích cho bệnh nhân rằng có thể vết thương sẽ để lại sẹo, nhưng thường là sẹo rất nhỏ. Tính thẩm mỹ của phương pháp này thường rất tốt (Fewkes 1992).

Gần đây, hãng Loktal Medical Electronics đã phát triển thiết bị HF Megapulse Fraxx (hình 3), thiết bị này có công nghệ mới giúp kiểm soát hiệu quả nhiệt của sóng vô tuyến thông qua hệ thống năng lượng phân đoạn điện phức tạp, thiết bị này được sử dụng với Wavetronic 5000 Digital cho phép đạt được độ chính xác và tinh lọc như laser CO2 vi điểm. Kiểm soát phân bố giúp đảm bảo tất cả các vi điểm không được tiếp năng lượng đồng thời, theo cách liên tiếp ngẫu nhiên giới hạn trước, và bắn liên tục thông qua những ống kim 8 mm. Hai kim gần nhau

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 2: Thiết bị tần số vô tuyến được sản xuất ở Brazil (Wavetronic 500 Digital; Loktal Medical Electronics)

Hình 3: Thiết bị HF Megapulse Fraxx (Wavetronic 500 Digital) là một công nghệ mới giúp kiểm soát tác dụng nhiệt của tần số vô tuyến thông qua hệ thống năng lượng phân đoạn điện phức tạp.

không bắn liên tục, tránh gây thêm tác dụng nhiệt phụ: thiết bị cho phép lựa chọn thời gian hoạt động và thời gian nghỉ giữa các kim. Với 60% năng lượng thời gian hoạt động 60ms, thời gian nghỉ 60 ms, và một sóng cắt, chúng tôi có thể đạt được kết quả tương tự laser CO2 xâm lấn vi điểm với tác dụng phụ do nhiệt tối thiểu và không có có tác dụng đốt tập trung đối với lớp bì lưới trên (Casabona 2014).

Kĩ thuật áp dụng: đối với những người có phân loại da tối màu, chúng ta nên sử dụng chất ức chế sắc tố và tránh ánh sáng mặt trời. Nếu bệnh nhân có tiền sử nhiễm herpes ở mặt thì dự phòng bằng famciclovir 125 mg, mỗi 12 giờ trong 5 ngày trước thủ thuật. Điều quan trọng nhất cần phải lưu ý là quá trình gây tê cho bệnh nhân vì phương pháp đốt nhiệt gây đau ở một vài bệnh nhân do đó phải làm dịu

https://nhathuocngocanh.com/

cơn đau đến khi bệnh nhân cảm thấy thỏa mái . Dùng thuốc giảm đau đường uống có thể hữu ích như ketorolac trometamol 10mg ngậm dưới lưỡi trong 10 phút trước khi tiến hành thủ thuật hoặc những phương pháp tại chỗ như đắp gặc lạnh, đĩa lạnh..., tiêm lidocaine 2% có chứa epinephrine hoặc tiêm dung dịch phối hợp gồm 30ml saline + 10 ml lidocaine 2% + 0.4 ml epinephrine + 1 ml sodium bicarbonate 8.4%.

Một khía cạnh chủ chốt khác là giữ ẩm vùng điều trị bằng dung dịch saline nhưng tránh gây quá ẩm ướt. Mục đích là làm tăng khả năng dẫn truyền điện và giúp nhiệt xâm nhập sâu và đồng nhất hơn.

Để tránh bỏ sót vùng da không được điều trị giữa các xung bắn cần phải "khớp nối" các xung, xung sau nên bắn ở vị trí cách bờ bên bút của xung trước đó một vài mm. Độ sâu phụ thuộc chủ yếu vào thời gian hoạt động của dòng điện. Mật độ xung (số pass) bắn liên tục sẽ quyết định đến hiệu quả nhiệt

Chú ý: có thể xuất hiện các điểm loét rất nhỏ ở vùng da mỏng (mí mắt) nếu đầu thiết bị bắn nhiều hơn 3 lần.

Sau phẫu thuật, nếu xuất hiện hồng ban và phù nề không thấy rõ (thường kéo dài trung bình 3 ngày) có thể đắp gạc thấm dung dịch saline lạnh, nước ấm, hoặc dùng thuốc mỡ giúp phục hồi hàng rào da.

Thói quen khá phổ biến là cào gãi hoặc các thao tác sau phẫu thuật có thể kéo dài thời gian phục hồi và để lại di chứng trên bề mặt (nên đưa bản hướng dẫn cụ thể cho bệnh nhân).

Về biến chứng, tăng sắc tố sau viêm xuất hiện khá phổ biến đối với những người có phân loại da tối màu và đa số biến chứng này chỉ mang tính tạm thời. Thiết bị HF Megapulse Fraxx đã được sử dụng để điều trị vết rạn da, sẹo trứng cá, tái tạo bề mặt da, và làm săn chắc da không xâm lấn để cải thiện tình trạng xệ da và giảm nếp nhăn (Casabona 2014).

Casabone (2014) đã chứng minh tác dụng nhiệt của sóng vô tuyến xâm lấn vi điểm ở trên 20 phụ nữ bị sụp mí mắt. Phẫu thuật được tiến hành sau khi tiêm tê tại chỗ với 3 lần (pass) mỗi đợt điều trị. Trước khi da được làm ẩm với dung dịch saline vô khuẩn, thiết bị được sử dụng là Wavetronic 5000 nối với HF Megapulse Fraxx. Đây là mạch điện cung cấp năng lượng phân đoạn nối với một bút chứa 64 vi kim với độ dày 0.2 mm và 0.8 mm được chia thành 8 cột, mỗi cột chứa 8 kim. Các thông số thiết bị gồm năng lượng 60% và chế độ cắt. Bút bắn tiếp xúc vuông góc với da, vùng trùng lấp là 2 mm. Hệ thống megapulse cho phép đo được thời gian da tiếp xúc với nhiệt từ 8 cây kim bằng đơn vi ms, trong trường hợp này được đặt tên là sequence 2; thông số này được thực hiện bằng cách chọn nút P sau đó chọn nút E trên thiết bị. Năng lượng phóng ra là ngẫu nhiên ở các cột theo một chuỗi được cài đặt sẵn cho phép làm lạnh giữa các đợt bắn và kết quả là ít gây tổn thương nhiệt hơn (Casabona 2014).

Lima gần đây đã phát triển các điện cực kim 2 và 8 làm bằng tungsten (wolfram) với đường kính 200/1000 mm, cân nặng và độ dài giống nhau

https://nhathuocngocanh.com/

được sắp xếp song song để đạt được cùng một độ sâu là 1.5 mm. Những cây kim này tác động lên thượng bì và lớp bì, kích thích sự co rút và tái tạo collagen mới. Kỹ thuật này đã được sử dụng trong điều trị rất nhiều bệnh lí về da khác nhau bao gồm nếp nhăn, to lỗ chân lông, sẹo teo và sẹo phì đại, săn chắc da, trẻ hóa da, vết rạn da, nám má, hoặc những rối loạn sắc tố khác (Lima và Martins 2010).

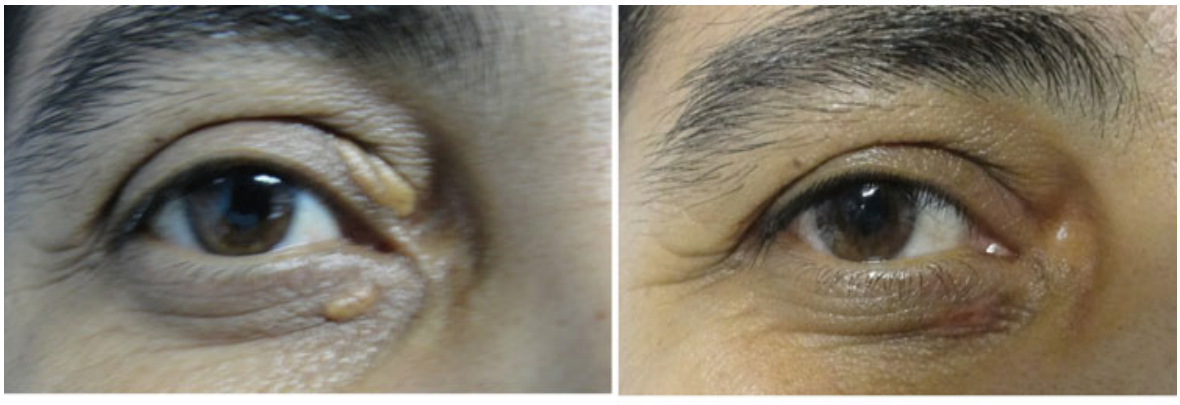
ỨNG DỤNG LÂM SÀNG

Chế độ cài đặt điều trị có thể rất khác nhau tùy thuộc vào sự đề kháng của mô, kích thước điện cực, độ ẩm mô, và đơn vị dòng điện được sử dụng. Nên phải nhớ rằng sử dụng dòng điện không đủ sẽ gây ra sự kết dính mô và làm giảm hiệu quả của thủ thuật.

Ban vàng (hình 4)
Lựa chọn dòng điện: hỗn hợp
Cài đặt năng lượng: 35
Điện cực: kim đầu cắt
Kĩ thuật: đâm nhiều mũi cho đến khi mô màu vàng bị phá hủy + cạo bỏ

Mụn thịt (hình 5)
Lựa chọn dòng điện: hỗn hợp
Cài đặt năng lượng: 30
Điện cực: kim đầu cắt
Kĩ thuật: đâm một mũi

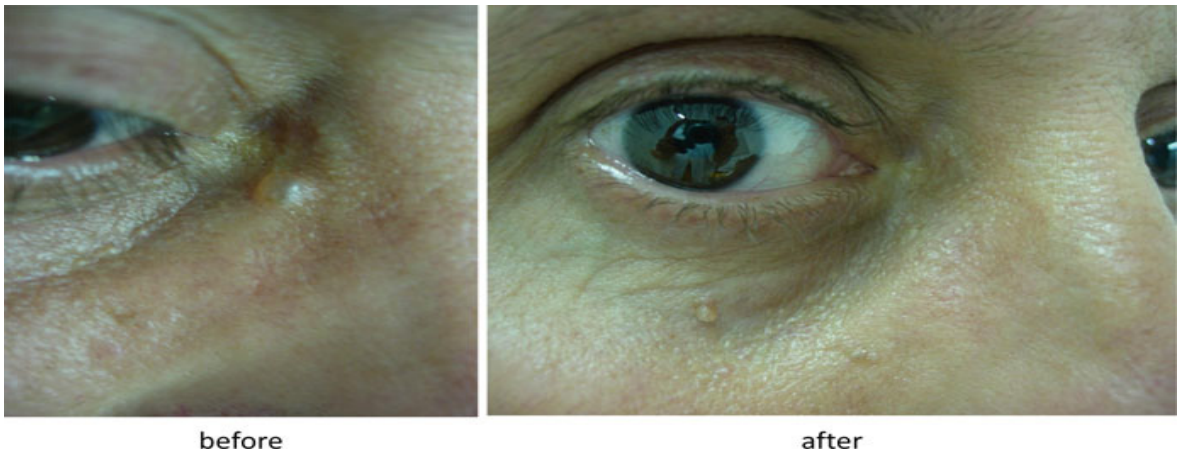
U nang nước (hình 6)
Lựa chọn dòng điện: hỗn hợp
Cài đặt năng lượng: 30
Điện cực: kim đầu cắt
Kĩ thuật: đâm nhiều mũi
Dày sừng tuyến bã (hình 7)
Lựa chọn dòng điện: đông điện
Cài đặt năng lượng: 50
Điện cực: đầu tròn
Kĩ thuật: chạm nhẹ lên tổn thương và cạo bỏ.



Hình 4: ban vàng (thông số: lựa chọn dòng điện- hỗn hợp; cài đặt năng lượng-35; điện cực- kim đầu cắt; kỹ thuật- đâm nhiều mũi cho đến khi mô màu vàng bị phá hủy + cạo bỏ)

https://nhathuocngocanh.com/

Hình 5: mụn thịt (thông số: lựa chọn dòng điện- hỗn hợp; cài đặt năng lượng-30; điện cực- kim đầu cắt; kỹ thuật- đâm một mũi)



Hình 6: u nang nước (thông số: lựa chọn dòng điện- hỗn hợp; cài đặt năng lượng-30; điện cực- kim đầu cắt; kỹ thuật- đâm nhiều mũi)

Hình 7: dày sừng tuyến bã (thông số: lựa chọn dòng điện- đông điện; cài đặt năng lượng-50; điện cực- đầu tròn; kỹ thuật- chạm nhẹ và cạo bỏ)

https://nhathuocngocanh.com/

U hạt sinh mủ (hình 8)
Lựa chọn dòng điện: đông điện
Cài đặt năng lượng: 60
Điện cực: đầu tròn
Kĩ thuật: đè mạnh lên tổn thương

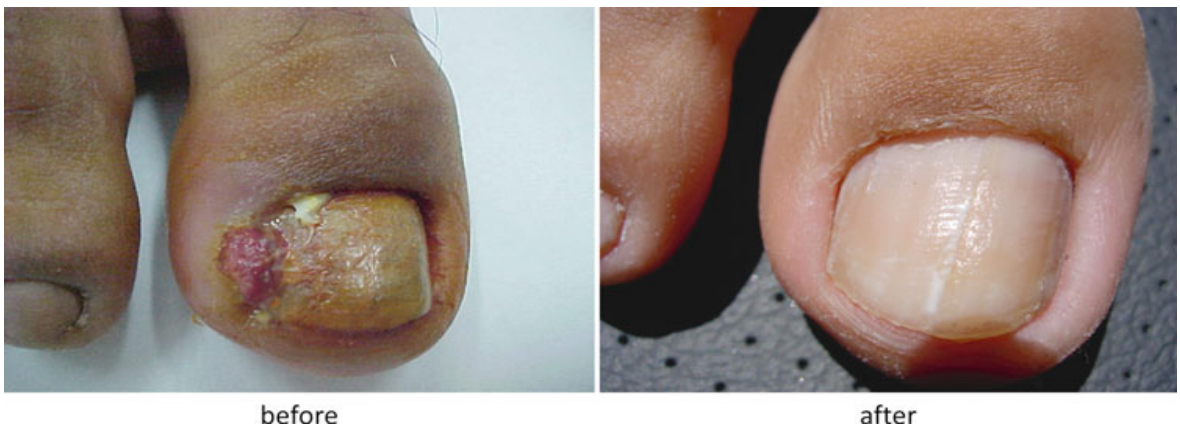
U mềm treo (hình 9)
Lựa chọn dòng điện: hỗn hợp
Cài đặt năng lượng: 35
Điện cực: kim đầu cắt
Kĩ thuật: cắt cuống

Bệnh mũi sư tử (hình 10)
Lựa chọn dòng điện: hỗn hợp
Cài đặt năng lượng: 35
Điện cực: vòng thép
Kĩ thuật: cạo

Nevus sùi
Lựa chọn dòng điện: hỗn hợp
Cài đặt năng lượng: 30
Điện cực: vòng thép
Kĩ thuật: cạo

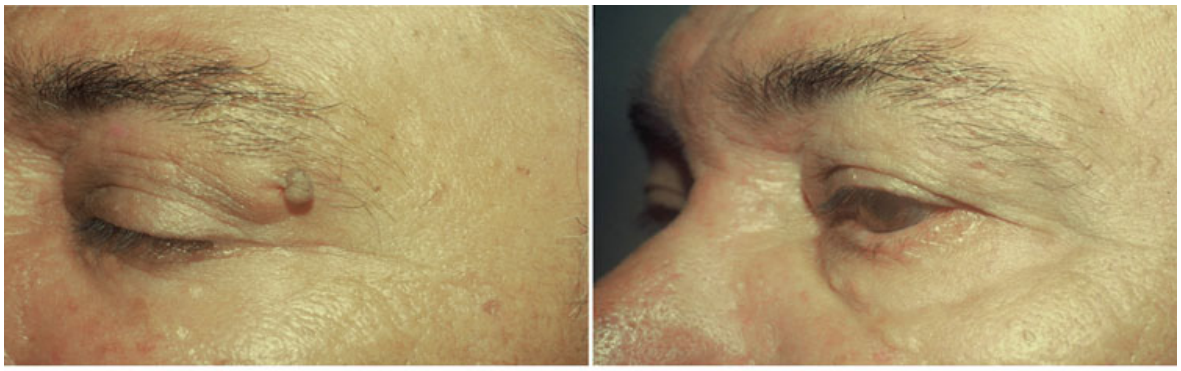
U tuyến mồ hôi
Lựa chọn dòng điện: hỗn hợp
Cài đặt năng lượng: 30
Điện cực: kim đầu cắt
Kĩ thuật: đâm nhiều mũi

Sẹo mụn, nếp nhăn và sệ da (hình 11)
Lựa chọn dòng điện: cắt
Số chuỗi HF Megapulse Fraxx: 2
Hoạt động 60ms; trì hoãn 60 ms
Cài đặt năng lượng: 60
Điện cực: đầu HF Megapulse Fraxx
Kĩ thuật: 2 pass lặp lại



Hình 8: u hạt sinh mủ (thông số: lựa chọn dòng điện- đông điện; cài đặt năng lượng-60; điện cực- đầu tròn; kỹ thuật- đè mạnh)

https://nhathuocngocanh.com/



Hình 9: u mềm treo (thông số: lựa chọn dòng điện- hỗn hợp; cài đặt năng lượng-35; điện cực- kim đầu cắt; kỹ thuật- cắt cuống)

Hình 10: Bệnh mũi sư tử (thông số: lựa chọn dòng điện- hỗn hợp; cài đặt năng lượng-35; điện cực- vòng thép; kỹ thuật- cạo)

Hình 11: nếp nhăn (thông số: lựa chọn dòng điện- cắt; Số chuỗi HF Megapulse Fraxx-2; Hoạt động 60ms, trì hoãn 60 ms; cài đặt năng lượng-60; điện cực- đầu HF Megapulse Fraxx; kỹ thuật-hai pass lặp lại)

https://nhathuocngocanh.com/

NHỮNG NGUY CƠ

Hầu như bệnh nhân sẽ không gặp phải nguy cơ gì nếu sử dụng phẫu thuật điện một cách đúng đắn. Tuy nhiên cần phải nắm những nguy cơ có thể xảy trong quá trình làm thủ thuật để hạn chế chúng xảy ra. Vì đây là những nguy cơ tiềm ẩn phải được các phẫu thuật viên và nhân viên phòng mổ hết sức lưu ý.

Bỏng

Bỏng có thể do bác sĩ vô tình để điện cực chạm vào da của bệnh nhân hoặc của chính bác sĩ, tuy nhiên nguyên nhân tổn thương bỏng thường gặp là do thiếu sự tiếp xúc giữa bệnh nhân và tấm điện cực phân tán. Thỉnh thoảng còn do bệnh nhân hoặc bác sĩ chạm vào những vật kim loại chạm đất như kim loại trên bàn điều trị từ đó gây bỏng hoặc shock (Fewkes 1992; Sebben 1988; Hainer 2002; Pollack 2011).

Tạo rãnh

Biến chứng tạo rảnh thường là vấn đề hiếm gặp với chế độ cài đặt năng lượng thấp khi được sử dụng để làm thủ thuật tại các phòng khám. Biến chứng này luôn có thể tránh được bằng cách sử dụng forceps song cực hoặc thiết bị mổ điện (Fewkes 1992; Pollack 2011).

Nguy cơ cháy

Đều quan trọng cần lưu ý là phải kiểm tra xem trong phòng mổ có sự hiện diện của các loại khí hoặc dung dịch dễ bắt lửa hoặc dễ nổ không. Sẽ có nguy cơ cháy hoặc nổ nếu tiến hành phẫu thuật điện khi có sự hiện diện của alcohol, oxygen, hoặc khí trong ruột bệnh nhân (methane). Đặc biệt cần phải lưu ý vùng da đầu, vị trí này thường ít để ý trong trường hợp alcohol còn lưu lại và cần phải chăm sóc ở vùng quanh hậu môn. Do đó, nên sử dụng các dung dịch sát khuẩn không gây cháy như povidone-iodine hoặc chlorhexidine.

Khói

Khói tạo ra từ phẫu thuật điện có khả năng gây đột biến gen cũng giống như khói thuốc lá vậy. Tuy nhiên, mối lo ngại lớn hơn là sự hiện diện của những phân tử bị nhiễm khuẩn trên điện cực hoặc ở trong khói khi tiến hành phẫu thuật điện. Virus HBV đã được chứng minh là có hiện diện trên mũi điện cực sau khi sấy điện. Đo đó tuyệt đối không sử dụng điện cực không vô trùng cho những bệnh nhân tiếp theo. Sấy điện đã được chứng minh là có thể làm bắn ra các giọt máu có kích thước vài cm quanh vùng sấy điện. Nếu hít phải những giọt máu đó có thể sẽ bị nhiễm bệnh. Các phân tử virus herpes được chứng minh là có thể được phân tán khi dùng những thiết bị này. Việc lan truyền vi khuẩn trong quá trình sấy điện cũng đã được chứng minh trong các phòng thí nghiệm. Người ta đã điều tra và tìm thấy sự có mặt của virus HPV trong khói khi tiến hành phẫu thuật điện và laser CO2 Một vấn đề nghiêm trọng trong những nghiên cứu về HPV này là những virus khác như HIV và virus gây viêm gan có thể xuất hiện nguyên vẹn trong khói phẫu thuật và được

https://nhathuocngocanh.com/

hít bởi bác sĩ và các nhân viên khác trong phòng mổ. Không có bằng chứng lâm sàng hoặc trong phòng thí nghiệm nào chứng minh điều này và cần phải nghiên cứu thêm; tuy nhiên, bác sĩ cần phải được mang khẩu trang đặc biệt và phải sử dụng hệ thống hút khói trong phòng mổ (Fewkes 1992; Chiarello 2003; Sebben 1988; Sampaio và Piazza 2009; Pollack 2011).

Máy tạo nhịp

Hầu hết các máy tạo nhịp đều được cài đặt ở chế độ hoạt động khi cần, đòi hỏi phải có mạch cảm nhận và mạch phát ra. Bất kì mạch nào trong những mạch này bị ngăn cản bởi dòng điện tần số cao sẽ gây ra tác dụng không mong muốn lên chức năng của máy tạo nhịp. Mặc dù trên thực tế hầu hết máy tạo nhịp hiện đại bình thường có khả năng tự bảo vệ tốt và có thể lọc để tránh sự can thiệp của các dòng điện từ bên ngoài, nhưng vẫn nên tránh phẫu thuật với dòng điện tần số cao ở những người đang mang máy tạo nhịp (Fewkes 1992; Sebben 1988, 1998; Pollack 2011). Tuy nhiên, mặc dù có những báo cáo rời rạc về sự mất chức năng của máy tạo nhịp sau khi phẫu thuật điện, thì tỉ lệ này rất là thấp đặc biệt là đối với dòng máy tạo nhịp mới và máy khử rung loại cấy được.

Do đó, phẫu thuật điện không nên sử dụng ở bất kì người nào đang mang máy tạo nhịp mà không thông qua sự tư vấn của các bác sĩ chuyên khoa để đảm bảo máy tạo nhịp được bảo vệ và không bị ảnh hưởng bởi sự can thiệp của dòng điện tần số cao. Bác sĩ phẫu thuật nên dự phòng một cách hợp lí gồm nối đất phù hợp và tránh dòng điện cường độ cao, đặc biệt trong thủ thuật cắt. Nên sử dụng forceps song cực có độ bung ngắn và hiệu điện thế thấp và tránh phẫu thuật điện ở vùng lân cận máy tạo nhịp hoặc máy khử rung loại cấy được (Hainer 2002). Tuy nhiên, sấy điện giới hạn đối với những tổn thương nhỏ có thể không ảnh hưởng đến những bệnh nhân khỏe mạnh đang mang máy tạo nhịp. Dao mổ điện có thể chấp nhận được vì không có dòng điện đi qua bệnh nhân.

SỰ KHỬ TRÙNG

Điện cực nên được khử trùng bằng nồi hấp để hạn chế sự nhiễm khuẩn chéo vì việc lây nhiễm vi khuẩn và nhiễm virus qua điện cực đã được chứng minh (Matzle 2006; Pollack 2000; Sampaio và Piazza 2009; Hainer 2002; Bennett và Kraffert 1990). Nếu sử dụng một đầu típ điện cực không được khử trùng thì sẽ có khả năng lây nhiễm chéo và đưa đến nhiễm trùng sau đó giữa các bệnh nhân hoặc từ bệnh nhân sang bác sĩ (Bennett và Kraffert 1990). Điện cực dùng một lần có thể được sử dụng hoặc sử dụng những kim tiêm dưới da dùng một lần nối vào như là điện cực. Một khả năng gây nhiễm bệnh quan trọng khác trong phòng khám là từ việc cầm nắm bút và dây điện. Mặc dù điện cực có thể thay đổi, nhưng tay cầm có thể sẽ trở thành đối tượng bị nhiễm khuẩn. Do đó nên sử dụng vỏ bọc ni lông dùng một lần để bao quanh tay cầm bút điện (Bennett và Kraffert 1990).

https://nhathuocngocanh.com/

ƯU ĐIỂM

- Thủ thuật đơn giản
- Lành vết thương nhanh
- Không chảy máu hoặc chảy máu rất ít
- Sẹo nhỏ và thẩm mỹ
- Thời gian phẫu thuật ngắn
- Có thể làm giải phẫu bệnh của mẫu bệnh phẩm sau mổ
- Biến chứng và nguy cơ phẫu thuật ít hơn
- Tiết kiệm chi phí
- Có thể tiến hành ở đối với bệnh nhân ngoại viện

NHƯỢC ĐIỂM

- Gây tổn thương mô rộng hơn
- Gây hoại tử mô bên trong tổn thương
- Trì hoãn lành vết thương
- Không thể sử dụng ở người mang máy tạo nhịp không có khả năng tự bảo vệ
- Khói và mùi khó chịu

CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

Sau phẫu thuật, bệnh nhân nên giữ vết thương khô và sạch. Quá trình lành vết thương cần ít nhất một vài tuần và có thể lâu hơn tùy thuộc vào kích thước vết thương và các yếu tố khác. Cần lưu ý là mô bị hoại tử bên dưới lớp mài sau phẫu thuật có thể trở nên nung mủ và nhiễm trùng nếu bác sĩ phẫu thuật không có kinh nghiệm . Mài lớn, lỏng lẻo và ẩm ướt tốt nhất nên được loại bỏ, tuy nhiên không nên đụng đến những mảnh mài khô và dính vào tổn thương. Vết thương khô là điều kiện thuận lợi giúp vết thương nhanh lành và băng che vết thương chỉ nhằm mục đích bảo vệ hoặc mục đích thẩm mỹ. Vết thương có thể được rửa hàng ngày và sau đó bôi mỡ kháng sinh để giúp tạo ra môi trường ẩm thuận lợi cho mô mới phát triển. Vết thương có thể được băng bằng băng dính thông thường (Pollack 1991).

TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN

Nguy cơ lớn nhất của phẫu thuật điện thường liên quan đến kĩ thuật điều trị và thường là do phá hủy mô quá mức. Kết quả là, chậm lành vết thương và mô hoại tử có thể đưa đến sẹo phì đại và không đẹp. Bác sĩ phẫu thuật phải hết sức cẩn thận để tránh không gây tổn thương đến vùng mô lân cận trong quá trình tiến hành. Cầm máu có thể gây tổn thương nghiêm trọng đến các mạch máu và thần kinh lớn và lúc đó có thể kéo dài sự xuất huyết do tổn thương không mong muốn các thành mạch máu. Có thể xuất hiện chảy máu muộn kèm gây bung những mảnh mài sau phẫu thuật, và bệnh nhân nên được hướng dẫn trước là nên ấn vào vết thương để giúp cầm máu sau phẫu thuật (Blankenship 1979).

BIẾN CHỨNG

Các biến chứng bao gồm giảm sắc tố rải rác, teo da vùng điều trị, sẹo phì đại (đặc biệt là ở vùng lưng và ngực), và lộn mí (ví dụ: sau phẫu thuật điện ở vùng mí mắt). Sử dụng dòng điện trong sấy điện và đông điện quá mức có thể đưa đến phá hủy mô quá mức ra ngoài vùng được điều trị (Sebben 1988; Sebben và Davis 1988).

Phá hủy tổn thương sâu có thể gây co kéo môi trên và cánh mũi, sụp đỉnh mũi, sứt vành tai (Blankenship

https://nhathuocngocanh.com/

1979). Khi tiến hành phẫu thuật điện ở vùng nằm gần mắt, nên sử dụng một tấm bảo vệ đặc biệt để bảo vệ giác mạc (Sebben và Davis 1988).

GHI NHỚ

- Luôn phải lên kế hoạch trước khi bắt đầu phẫu thuật.
- Ưu tiên lựa chọn tiêm tê hơn là bôi tê.
- Luôn làm ẩm vết thương trước khi phẫu thuật.
- Kích hoạt điện cực trước khi tiếp xúc với mô.
- Nếu sử dụng dòng điện không đủ mức sẽ gây kết dính mô.
- Cần loại bỏ các mảnh mô bám ở điện cực thường xuyên.
- Chờ đến nhiệt ở mô giảm mới tiếp xúc điện cực lại.
- Bác sĩ và các nhân viên trong phòng mổ phải luôn mang khẩu trang.

THAM KHẢO

Bezerra SMC, Jardim MML (2013). Electrosurgery. In: Tosti A, Hexsel D, editors. Update in cosmetic derma- tology. New York: Springer. Chapter 11.

Bezerra SMCB, Lima EA, Jardim MML. Eletrocirurgia. In: Kaduncc B, Palermo E, Addor F, Metsavaht L, Rabello L, Matos R, et al., editors. Tratado de Cirurgia Dermatologica, Cosmiatria e Laser da SociedadeB- rasileira de Dermatologia. Elsevier R de JC (2013);47. Bennett RG, KraffertCA. Bacterial transference during electrodesiccation and electrocoagulation. Arch Der- matol.1990 Jun;126(6):751–5. http://www.ncbi.nlm nih.gov/ pubmed/2346319. Accessed 27 Nov 2016.

Blankenship ML. Physical modalities: electrosurgery, elec- trocautery and electrolysis. Int J Dermatol. 1979;18(6): 443–52.

Bougthon RS, Spencer SK, Hanover. Electrosurgical fun- damentals. J Am Acad Dermatol. 1987;16:862–7.

Casabona G, Presti C, Manzini M, Machado Filho CD. Radiofrequenciaablativafracionada: um estudo-piloto com 20 casos para rejuvenescimento da pálpebra inferior. Surgic Cosmet Dermatol. 2014;6(1):1–8.

Chiarello SE. Radiovaporization: radiofrequency cutting current to vaporize and sculpt skin lesions. Dermatol Surg. 2003;29:755–8.

Fewkes JL, Cheney ML, Pollack SV (1992) Electrosur- gery. In: Illustrated atlas of cutaneous surgery. Phila- delphia: J. B Lippincott. Chapter 9.

Goodman MM. Principles of electrosurgery. In: Wheeland RG, editor. Cutaneous surgery. Philadelphia:

W.B. Saunders Company; 1994. p. 206–19.

Hainer BL. Electrosurgery for cutaneous lesions. Am Fam Physician. 2002;66(7):1259–66.

Lima EA, Martins S. Pequenosprocedimentosemcon- sultório. In: Santos OLR. Rotinas de diagnóstico e tratamento da SociedadeBrasileira de Dermatologia, chapter 61. AC Farmaceutica. 2010; pp. 378–384.

Matzle TJ, Christenson LJ, Aatanashova N, et al. Pace- makers and implantable cardiac defibrillators in derma- tologic surgery. Dermatol Surg. 2006;32:1155–62.

https://nhathuocngocanh.com/

Pollack SV. Electrosurgery of the skin. New York: Chur- chill Livingstone; 1991.

Pollack SV. The history of electrosurgery. Dermatol Surg. 2000;26:904–8.

Pollack SV. In: Bolognia JL, Jorizzo JL, Rapini RP. Dermatologia 2a. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.

Popkin GL. Electrosurgery. In: Epstein E, Epstein Jr E, editors. Skin surgery. Philadelphia: W.B. Saunders; 1987. pp 164–183.

Sampaio SAP, Piazza CD. Eletrocirurgiaconvencional e Eletroncirurgia. In: Gadelha ar, Costa IMC. Cirurgia-DermatológicaemConsultório. São Paulo: Ed. Atheneu; 2009. pp. 339–347.

Sebben JE. Electrosurgery principles: cutting current and cutaneous surgery – part I. Dermatol Surg Oncol. 1988;14(2):147–50.

Sebben JE. Electrosurgery. In: Ratz JL, editor. Textbook of dermatologic surgery. Berlin: Lippincott-Raven Pub- lishers; 1998. p. 457–73.

Sebben JE. Electrosurgery principles: cutting current and cutaneous surgery – part II. Dermatol Surg. 2000; 26(2):142–5.

Sebben JE, Davis. The status of electrosurgery in dermatologic practice. J Am Acad Dermatol. 1988;19: 542–9.

Shaw DH, Kalkwarf KL, Krejci RF, et al. Self-sterilization of the electrosurgery electrode. J Am Acad Dermatol. 1988;19(3):542–9.

Taheri A, Mansoori P, Sandoval LF, Feldman SR, Pearce D, Williford P. Electrosurgery: part I. Basics and principles. J Am Acad Dermatol 2014;70(4):591. e1-14.

Weber PJ, Moody BR, Foster JA. Electrosurgical suspen- sion apparatus. Dermatol Surg. 2000;26:142–5.