

Peel da mức độ trung bình và Peel Acid Trichloroacetic Blue

Suzan Obagi

Biên dịch: Bác sĩ Lê Thị Thanh Hà

GIỚI THIỆU

Peel hóa học ở độ sâu trung bình vẫn là công cụ rất quan trọng và linh hoạt để tái tạo và trẻ hóa bề mặt da. Mặc dù công nghệ laser mới đã được bổ sung vào các công cụ tái tạo bề mặt da, nhưng laser có giá thành cao, không được khuyến cáo cho một số loại da, hoặc, quan trọng nhất là không linh hoạt cho bác sĩ để điều chỉnh phương pháp tái tạo bề mặt da của họ cho từng bệnh nhân. Khi được thực hiện đúng cách, peel da hóa học đóng một vai trò quan trọng trong phẫu thuật thẩm mỹ và có thể được điều chỉnh để giải quyết hầu hết các vấn đề về da. Kỹ thuật peel da hóa học tiên tiến có thể được sử dụng kết hợp với laser tái tạo bề mặt, laser không xâm lấn và các thủ thuật phẫu thuật để nâng cao kết quả điều trị cho bệnh nhân.

CHỈ ĐỊNH PEEL DA TRUNG BÌNH

Chương này sẽ tập trung vào peel ở độ sâu trung bình. Kiến thức về giải phẫu da và vị trí tình trạng bệnh lý da hiện có (nhăn da, sần sùi, nám da, sẹo, dày sừng ánh sáng) là rất quan trọng để thực hiện quy trình tái tạo bề mặt da an toàn và hiệu quả (Bảng 5.1). Nếu sự tái tạo bề mặt quá nông, phần nân chính của bệnh nhân có thể bị bỏ sót. Ngược lại, tái tạo bề mặt sâu hơn mức cần thiết chỉ làm tăng nguy cơ biến chứng và kéo dài thời gian hồi phục.

LÃO HÓA DA (NỘI SINH VÀ NGOẠI SINH)

Nhiều thay đổi phức tạp đang xảy ra trên da phản ánh quá trình lão hóa nội và ngoại sinh. Bắt đầu từ khoảng 18 tuổi, có sự suy giảm tự nhiên chức năng nguyên bào sợi dẫn đến giảm sản xuất collagen và elastin, được gọi là “lão hóa nội sinh”. Mức giảm này khoảng 1% mỗi năm bắt đầu từ 18 tuổi. Các yếu tố bên ngoài như bức xạ tia cực tím (UVR), ánh sáng nhìn thấy năng lượng cao và ánh sáng hồng ngoại tác động lên da để thúc đẩy quá trình lão hóa và được gọi là “lão hóa ngoại sinh”. Ở thượng bì, chu kỳ bình thường của tế bào sừng chậm lại theo tuổi. Nhưng với lão hóa da ngoại sinh, thượng bì bắt đầu có dấu hiệu thô ráp, rối loạn sắc tố và mất tế bào sừng.

ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

Chương 2 của textbook đánh giá bệnh nhân rõ hơn. Một số điểm đáng nhắc lại được đề cập ở đây. Điều quan trọng nhất là sự lựa chọn phù hợp phương thức tái tạo bề mặt cho bệnh nhân và mối quan tâm của bệnh nhân cũng như việc chuẩn bị thích hợp cho da của bệnh nhân trước và sau khi tái tạo bề mặt da (xem Chương 3). Đánh giá kỹ bệnh nhân về các khuyết điểm và sẹo trên da, ghi lại các khuyết điểm tại thời điểm tư vấn và chụp ảnh chất lượng cao trước và sau cho mỗi thủ thuật phẫu thuật.

BẢNG 5.1 Chỉ định lâm sàng của tái tạo bề mặt da

Độ sâu giải phẫu da	Biểu hiện lâm sàng	Lựa chọn điều trị
Thượng bì	Nám thượng bì Dày sừng ánh sáng Dày sừng tiết bã ^a Đốm nâu (sunspots) Tàn nhang (freckles)	Sản phẩm thoa Peel nông Laser sắc tố ^c
Trung bì	Nám trung bì Nếp nhăn: Nhiều độ sâu Sẹo: Nhiều độ sâu Giãn mao mạch ^b Tăng sản tuyến bã ^a U tuyến mồ hôi*	Tái tạo da ở mức độ trung bình đến peel sâu Laser mạch máu
Thượng bì và trung bì	Nám hỗn hợp	Tái tạo bề mặt da ở mức độ trung bình

^aĐiều trị tốt nhất với đốt điện (sử dụng kim đầu nhọn cho tổn thương da).

^bĐiều trị tốt nhất với Laser với chromophore đặc hiệu.

^cThận trọng ở bệnh nhân nám má.

BẢNG 5.2 Tiền sử xã hội và bệnh lý của bệnh nhân

	Tiền sử	Chống chỉ định tương đối	Absolute Contraindications
Bệnh lý	Đang sử dụng thuốc Mắc bệnh hệ thống Mắc bệnh tâm thần Trầm cảm OCD BDD Tiền sử nhiễm MRSA Điều trị tia xạ HSV hoặc VZV tendency Thuốc tránh thai Hormone Bao gồm dụng cụ tử cung có hormone	Nhiễm trùng da đang hoạt động như mụn trứng cá, trứng cá đỏ, bệnh mô liên kết (CTD) Bạch biến Phẫu thuật giảm cân với dải tháo đường suy dinh dưỡng Đang sử dụng Isotretinoin hoặc sử dụng gần đây	Nhiễm trùng đang hoạt động ở vị trí làm thủ thuật Tiền sử sẹo lồi tại vị trí làm thủ thuật: tránh các thủ thuật tác động đến lớp bì lưới Phụ nữ có thai
Xã hội	Tiền sử hút thuốc lá Thường xuyên tiếp xúc ánh nắng	Hút thuốc lá/khói/sử dụng nicotine	Không có khả năng theo hướng dẫn Kỳ vọng quá mức

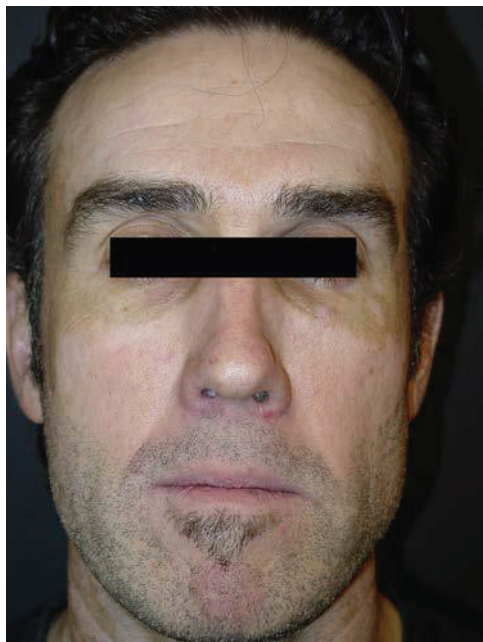
BDD, Body dysmorphic disorder; CTD, connective tissue disease; HSV, herpes simplex virus; IUD, intrauterine device; MRSA, methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*; OCD, obsessive-compulsive disorder; VZV, varicella zoster virus.

Đồng thời, cho bệnh nhân xem những bức ảnh chất lượng cao trước và sau khi điều trị là cực kỳ hữu ích và cho phép bệnh nhân đánh giá liệu phương pháp điều trị này có mang lại mức độ cải thiện mà họ mong muốn hay không. Cho xem các bức ảnh cũng giúp bác sĩ xác định bệnh nhân có kỳ vọng không thực tế.

Đánh giá bệnh nhân nên đánh giá kỹ lưỡng bao gồm tiền sử bệnh lý, xã hội và gia đình để xác định bất kỳ chống chỉ định tái tạo bề mặt da nào có thể có (Bảng 5.2). Bệnh nhân nên được khám trong tình trạng không trang điểm trong phòng đủ ánh sáng. Bệnh nhân sẹo mụn nên được khám với ánh sáng gián tiếp soi qua da

để tạo hiện tượng đổ bóng để mô tả các hình thái sẹo tốt nhất. Cần xác định các tình trạng da có khả năng gây hiện tượng Koebner ở các vị trí làm thủ thuật (Vd: mụn cóc phẳng, bạch biến, vảy nến) (Hình. 5.1).

Bệnh nhân đang điều trị nám nên được hỏi về việc sử dụng các dụng cụ tử cung có hormone (IUD), vòng tử cung hormone hoặc thuốc tránh thai. Việc sử dụng các biện pháp tránh thai chứa hormone sẽ tiếp tục kích thích hình thành nám và có thể dẫn đến thất bại trong việc điều trị hoặc làm tình trạng bệnh trở nên trầm trọng hơn.



Hình. 5.1 Một bệnh nhân bạch biến có nguy cơ xảy ra hiện tượng Koebner.

CÂN NHẮC TRONG VIỆC TÁI TẠO DA MỨC ĐỘ TRUNG BÌNH

Chương 2 cung cấp những bàn luận chi tiết hơn về các chống chỉ định của tái tạo bề mặt da. Về đẹp của phương pháp lột da bằng hóa chất được thực hiện đúng cách là bao gồm việc chuẩn bị da cho bệnh nhân chính xác và độ thâm nhập sâu của lớp peel phù hợp, bệnh nhân thuộc hầu hết các type da có thể được điều trị. Hơn nữa, những khu vực thường không thể tái tạo bề mặt bằng laser có thể được peel một cách an toàn bằng loại peel hóa học thích hợp (Bảng 5.3), cho phép kết hợp các phương pháp tái tạo bề mặt an toàn chỉ trong một lần để trẻ hóa tổng thể mà không có đường ranh giới. Tương tự như vậy, với việc chuẩn bị da trước thủ thuật thích hợp, bệnh nhân của hầu hết chủng tộc có thể được điều trị. Những bệnh nhân có nước da sẫm màu vẫn có nguy cơ cao bị tăng sắc tố tạm thời sau viêm (PIH) với bất kỳ peel nào và mất sắc tố vĩnh viễn với những thủ thuật peel đến lớp trung bì lưới. Nguy cơ PIH ở bệnh nhân da sẫm màu có thể giảm bằng cách kéo dài thời gian chuẩn bị da trước 3 tháng thay vì 6 tuần như thông thường. Do đó, mặc dù nguy cơ PIH không phải là chống chỉ định đối với tái tạo bề mặt, nhưng nó cần được dự đoán và xác định trước khi tái tạo bề mặt. Peel trung bình và sâu đòi hỏi tình trạng dinh dưỡng khỏe mạnh và hệ thống miễn dịch hoạt động tốt để thuận lợi

BẢNG 5.3 CÁC KHU VỰC GIẢI PHẪU AN TOÀN CHO PEEL SÁNG DA VÀ PEEL TRUNG BÌNH

Độ sâu peel	Biểu hiện lâm sàng	Khu vực giải phẫu
Peels nông đến lớp đáy của thượng bì	Nám thượng bì	Đường chân tóc
	Dày sừng ánh sáng	Lông mày
	Đôi môi (sunspots)	Mi mắt
	Tàn nhang (freckle)	Tai
		Môi
Peels trung bình đến lớp trung bì lưới	Nám trung bì	Cổ
	Tàn nhang	Vùng viền cổ áo của ngực
	Viêm môi ánh sáng	Đường chân tóc
	Nếp nhăn: Nhiều độ sâu	Gian mày
	Sẹo: Nhiều độ sâu	Mi mắt
Peels sâu đến lớp trung bì lưới hoặc lớp hạ trung bì ^a	Sẹo: ice-pick (Kĩ thuật CROSS ^b)	Tai
	Nếp nhăn: sâu	Môi
		Cổ
		vùng viền cổ áo của ngực
		Ngực
	Quanh miệng	
	Quanh ổ mắt ^c	

^aLựa chọn bệnh nhân thích hợp là rất quan trọng.

^bChemical reconstruction of skin scars-tái tạo da sẹo bằng hóa chất
^cXem các chương về peels phenol để biết các độ mạnh khác nhau của peels và thực hiện ở những khu vực này một cách an toàn.

cho việc lành thương. Những bệnh nhân đã phẫu thuật giảm béo thường thiếu hụt các chất dinh dưỡng quan trọng, sắt và protein. Các xét nghiệm máu có thể giúp xác định các vấn đề. Những bệnh nhân cấy ghép hoặc những người đang điều trị bệnh tự miễn dịch bị suy giảm chức năng miễn dịch, khiến họ có nguy cơ bị nhiễm trùng. Những bệnh nhân này có thể nên được điều trị dự phòng bằng thuốc kháng sinh uống trong thời gian lành thương (penicillin, cephalosporin, hoặc trimethoprim/sulfamethoxazole).

Sử dụng retinoid đường uống gần đây từng được coi là chống chỉ định tuyệt đối trong tái tạo bề mặt da do liên quan đến sự hình thành sẹo phì đại ở những bệnh nhân này. Nhiều nghiên cứu gần đây và hàng loạt case đã chỉ ra rằng sự liên quan này có thể không có giá trị. Những bệnh nhân triệt lông bằng laser, tái tạo bề mặt da bằng laser, hoặc peel da ở độ sâu trung bình trong các nghiên cứu này cho thấy không có kết quả bất lợi tăng lên. Mặc dù những nghiên cứu này nhỏ, nhưng chúng cho thấy sự phức tạp liên quan đến sự hình thành sẹo lồi, và chúng thách thức quan niệm rằng isotretinoin làm giảm sự lành vết thương. Như đã được mô tả ở

Chương 12, tác giả sử dụng isotretinoin trong giai đoạn phục hồi nếu được chỉ định kiểm soát tiết dầu và giảm viêm, nhưng tác giả đó cũng đợi 6 tháng sau điều trị isotretinoin trước khi thực hiện thủ thuật peel sâu. Đối với peel trung bình, có thể cần thận dùng isotretinoin 3-4 tháng trước khi tiến hành peel. Nếu bệnh nhân có tình trạng viêm như mụn hoặc rosacea, kháng sinh uống (doxycycline) có thể được sử dụng tạm thời.

Thời điểm tái tạo bề mặt da bằng các thủ thuật phẫu thuật là rất quan trọng, vì bệnh nhân thích tối đa hóa các phương pháp điều trị và giảm thời gian họ phải nghỉ làm hoặc các hoạt động hàng ngày. Các nghiên cứu đã chỉ ra sự an toàn của việc tái tạo bề mặt da cùng với nâng cung mày, phẫu thuật mí mắt, và căng da mặt. Thận trọng để giảm thiểu độ sâu của tái tạo bề mặt tới các lớp (lớp đáy hoặc lớp bì lưới) và tránh vết mổ, có thể sâu hơn ở vùng trung tâm mặt (vùng da không tổn thương).

Với bất kỳ thủ thuật nào, chống chỉ định của tái tạo bề mặt da gồm mang thai, nhiễm trùng ở vị trí điều trị, có xu hướng tạo sẹo lồi, và không có khả năng tuân thủ hướng dẫn sau điều trị.

TÁI TẠO DA MỨC ĐỘ TRUNG BÌNH

Cơ chế hoạt động.

Peel đôi khi được gọi là nông hoặc sâu tùy thuộc vào acid và nồng độ của acid được sử dụng. Tuy nhiên, việc phân loại peel dựa vào acid và nồng độ acid sử dụng có lẽ là một thiếu sót vì có nhiều yếu tố tác động đến độ sâu peel. Cần xem xét các biến số sau có thể ảnh hưởng đến độ sâu của lớp peel: nồng độ acid, thể tích acid được áp dụng, độ dày của da, phần trăm diện tích bề mặt cơ thể được điều trị, tình trạng da trước đó và trong một số trường hợp, thời gian tiếp xúc của acid với da. **Chương 1** trình bày sâu hơn về các loại acid peel khác nhau và các tính chất vật lý, hóa học của chúng.

Đối với peel mức độ trung bình, điều quan trọng là phải hiểu cơ chế hoạt động chính của acid trên da, đặc biệt là khi thực hiện peel kết hợp (**Bảng 5.4**). Đây là một hiện tượng tiêu sừng (keratolytic) hoặc một hiện tượng biến tính protein. Các chất tiêu sừng thường được sử dụng trong thủ thuật

BẢNG 5.4 CÔNG THỨC PEEL HÓA HỌC

Nhóm Acid	Nồng độ & công thức thường được sử dụng
Chất tiêu sừng	Acid salicylic 15% –30% Acid glycolic 50% –70% Dung dịch Jessner's Phenol 25% –50% ^a
Chất làm biến tính Protein	Axit trichloroacetic 15% –100% Phenol 60% –88% Peel phenol Baker-Gordon: 50% phenol, 2,1% dầu croton Peel phenol Hetter: 50% phenol, 0,7% dầu croton Hetter “all around”: 35% phenol, 0,4% dầu croton Hetter VL (cổ và mí mắt): 30% phenol, 0,1% dầu croton Stone V-K: 62% phenol, 0,16% dầu croton Stone 2: 60% phenol, 0,2% dầu croton

^aPhenol ở nồng độ dưới 50% có tính chất tiêu sừng.

ở bề mặt, tẩy tế bào chết, trong khi các chất làm biến tính protein có thể được sử dụng để peel nông hoặc sâu hơn.

Chất tiêu sừng

Đúng với tên gọi, các tác nhân tiêu sừng làm phá vỡ liên kết giữa các tế bào sừng. Những tác nhân này có thể được sử dụng để phá vỡ lớp sừng và đi vào các lớp thượng bì để cho phép tẩy tế bào chết hóa học nhẹ. Tuy nhiên, như đã thảo luận, peel với các chất tiêu sừng có thể giúp tăng sự thẩm nhập của peel trichloroacetic axit (TCA) khi được sử dụng kết hợp. Hai loại acid chính được sử dụng để peel da hỗn hợp là acid glycolic và dung dịch Jessner's. Dung dịch Jessner's bao gồm 14% mỗi loại resorcinol, acid salicylic và acid lactic trong nền cồn (ethanol).

Dung dịch Jessner's có lợi thế hơn axit glycolic ở chỗ axit salicylic có trong nó là chất ưa mỡ. Do đó dung dịch Jessner's có thể thẩm thấu vào các tổn thương do mụn trứng cá hoặc da đầu tốt hơn so với chất ưa nước như axit glycolic. Một lối thể khác của dung dịch Jessner's đó là

bác sĩ không phải theo dõi chặt chẽ thời gian tiếp xúc với da như khi sử dụng dung dịch axit glycolic.

Chất làm biến tính protein

Phenol và TCA là hai chất peel làm biến tính protein. TCA là một trong những axit lột da chính được sử dụng để peel da ở độ sâu trung bình với tính an toàn lâu dài đã được chứng minh. Tương tự, phenol là axit peel da chính được sử dụng trong các công thức đa dạng để peel sâu. TCA và phenol hoạt động bằng cách gây đông tụ và biến tính protein khi chúng xâm nhập vào da. TCA và phenol đông tụ các protein cấu tạo nên các tế bào của lớp thượng bì và lớp bì cũng như các mạch máu. Khi một lượng axit nhất định đã được sử dụng, chúng sẽ tiếp tục đông tụ protein cho đến khi chúng được sử dụng hết. Chúng không thể bị trung hòa một khi chúng bắt đầu được hấp thụ vào da. Sau khoảng 2 phút, độ sâu của TCA có thể được quan sát và có thể quyết định cần dùng thêm axit để peel sâu hơn. Phenol thâm nhập nhanh hơn rất nhiều và độ sâu rõ ràng gần như ngay lập tức. Việc thoa lớp axit tiếp theo sẽ tiếp tục peel sâu hơn cho đến khi axit được sử dụng hết bằng cách làm đông tụ các protein sâu hơn trong da. Khi được sử dụng đúng cách, những axit này có thể được sử dụng để peel ở những độ sâu khác nhau, từ tẩy tế bào chết đến peel sâu.

Có bốn công thức để tính toán nồng độ TCA. Công thức an toàn nhất và được nhiều người đồng ý nhất là tính theo trọng lượng trên thể tích (W:V). Vì vậy, điều quan trọng nhất là bác sĩ phải sử dụng TCA từ một nguồn đáng tin cậy. Cá nhân tác giả chỉ mua TCA từ Delasco (Council Bluffs, IA). Tương tự, có rất nhiều biến thể từ công thức peel phenol/ dầu croton đòi hỏi một cơ sở sản xuất đáng tin cậy để tạo ra các công thức này

PEEL AXIT TRICHLOROACETIC

Như đã đề cập trước đây, sẽ không chính xác khi gọi peel TCA là nhẹ, trung bình hoặc sâu nếu chỉ dựa trên nồng độ TCA. Nồng độ axit chỉ là một biến số ảnh hưởng đến độ sâu của peel. Ví dụ, 1 mL TCA 40% thoa lên da sẽ thâm nhập xuống lớp đáy thượng bì, trong khi 6 mL TCA 40% sẽ giúp thâm nhập vào lớp trung bì hoặc sâu hơn. Lượng axit sử dụng nhiều hơn cũng thúc đẩy peel sâu hơn.

Người ta có thể thực hiện peel da ở nhiều độ sâu khác nhau với khả năng giống như cài đặt thông số trong laser để tái tạo bề mặt da. Các biến thể trong công thức peel da đã cho phép bác sĩ kiểm soát độ sâu của quá trình tái tạo bề mặt da mà trước đây chưa từng có.

TCA, 10% đến 50%, có thể được sử dụng như một chất peel da duy nhất. Nó là một chất ưa nước, nó có thể thẩm nhập không đồng đều qua lớp sừng dày và có chứa lipid. Do đó, liều TCA cao hơn khó hoạt động hơn. Thật khó để thoa lại TCA nồng độ cao ở khu vực cần điều trị với nó mà không có nguy cơ peel quá sâu. Để tạo điều kiện cho TCA dễ dàng thẩm nhập, làn da nên được chuẩn bị trước với một chế độ chăm sóc da nhằm làm cho lớp sừng bằng phẳng và chắc khỏe hơn. Da dầu cần được kiểm soát dầu đầy đủ trước khi thực hiện peel. Điều đó có thể đạt được với việc sử dụng isotretinoin trong vài tháng, kết thúc khoảng 3 đến 6 tháng trước peel. Vào ngày peel, da cần được làm sạch dầu nhờn đúng cách bằng cồn 70% và trong một số trường hợp là acetone.

Để làm giảm nguy cơ liên quan đến peel TCA nồng độ cao, peel phối hợp đã được triển khai. Các loại peel này giúp tạo điều kiện cho dung dịch TCA thẩm nhập, cho phép sử dụng nồng độ TCA thấp hơn trong khi vẫn đạt được lớp peel có độ sâu trung bình.

3 loại peel TCA phối hợp được sử dụng phổ biến hiện nay là dung dịch Jessner's-TCA peel, glycolic acid-TCA peel, và Blue Peel (Bảng 5.5). Những loại peel này được thiết kế để peel sâu đến lớp trung bì lưới và nhiều nhất là ở lớp nông của lớp trung bì lưới. Chỉ định chính của peel TCA và các dung dịch peel có TCA là Bệnh lý ở thượng bì và trên da: photodamage, dày sừng ánh sáng, tàn nhang, đốm nâu, nếp nhăn nhỏ, và sẹo rất nông, không xơ hóa (co giãn). Những loại peel này thì không phù hợp với sẹo xơ, nếp nhăn sâu không co giãn, hoặc chảy xệ da diện rộng. Nếu nếp nhăn hoặc sẹo có thể được cải thiện bằng cách kéo căng da, peel da mức độ trung bình có thể cải thiện chúng. Tuy nhiên, nếu sẹo hoặc nếp nhăn đã khắc sâu hoặc xơ hóa, tác dụng trẻ hóa (căng da) của peel có thể không đủ để cải thiện lâm sàng.

Dễ dàng nghĩ rằng peel TCA phối hợp là “nhanh” hoặc “chậm”. Peel nhanh sử dụng chất tiêu sừng như dung dịch Jessner's hoặc axit glycolic để tăng tốc độ thẩm nhập và độ sâu peel TCA. Peel Jessner's-TCA sử dụng dung dịch Jessner's (tiêu sừng), sử dụng trước khi thoa peel TCA.

BẢNG 5.5 CÔNG THỨC SỬA ĐỔI PEEL TRICOLOROACETIC ACID

Peel Trichloroacetic Acid sửa đổi	Dung dịch	Kỹ thuật
Peel Axit glycolic – TCA	70% axit glycolic 35% TCA	Thoa 70% axit glycolic Trung hòa sau 2 phút Thoa mỏng TCA 35%
Peel dung dịch Jessner's – TCA	Dung dịch Jessner's 35% TCA	Thoa dung dịch Jessner's Rửa lại với nước sau 6 phút Thoa mỏng TCA 35%
Peel TCA Blue	Nền Blue Peel 30% TCA	2 mL (1 ống) nền Blue Peel trộn với: 2 mL TCA 30% = TCA 15% Blue Peel 4 mL 30% TCA = 20% TCA Blue Peel 6 mL 30% TCA = 22.5% TCA Blue Peel 8 mL 30% TCA = 24% TCA Blue Peel

TCA, Trichloroacetic acid.

Thoa dung dịch Jessner's cho phép thẩm nhập sâu hơn và nhanh hơn khi thoa TCA 35% sau đó. Cơ chế tương tự khi được sử dụng với peel axit glycolic-TCA, sử dụng axit glycolic 70% (tiêu sùng) trước khi thoa TCA 35%. Lượng TCA 35% cần thiết để peel vào lớp trung bì như được giảm thiểu bằng cách thực hiện quá trình peel tiêu sùng trước đó.

Một loại peel chậm, như the Blue Peel (Obagi Cosmeceuticals, Long Beach, CA), làm toàn bộ tiến trình peel chậm xuống, do đó có thể kiểm soát tốt hơn độ sâu thẩm nhập của peel. Blue Peel kết hợp thuốc nhuộm xanh không ion, glycerin và saponin với một thể tích cụ thể TCA 30% để tạo ra dung dịch 15%, 20%, 22,5% hoặc 24% TCA – Blue Peel (xem Bảng 5.5). Màu xanh, nhuộm lớp tế bào sùng, cho phép bác sĩ quan sát khu vực đã thoa dung dịch trong khi vẫn thấy được các dấu hiệu thẩm nhập sâu, như frosting và hồng ban. Mặt khác, peel TCA thường là một dung dịch không màu, cần được chú ý cẩn thận để tránh thoa lại các vùng đã được xử lý trước đó. Vì TCA tan trong nước, nên việc sử dụng saponin làm chất nhũ hóa sẽ tạo ra nhũ tương nước-dầu-TCA đồng nhất có khả năng thẩm thấu vào da chậm hơn và đều hơn.

Peel Phenol

Peel phenol được đề cập trong một số chương tiếp theo liên quan đến việc điều trị các bệnh lý da sâu hơn như nếp nhăn sâu/cứng, sẹo mụn trứng cá hoặc như một phương tiện để làm căng và nâng một số khu vực nhất định như mí mắt hoặc môi.

Hoạt động tương tự như TCA, phenol cũng gây biến tính và đông tụ protein. Tốc độ nhanh chóng mà phenol thẩm nhập vào da đòi hỏi bác sĩ sử dụng cẩn thận và cảnh giác liên tục. Ngoài ra, khi điều trị một diện tích lớn như ở mặt, nồng độ phenol huyết thanh có thể tăng nhanh, dẫn đến ngộ độc hệ thống và rối loạn nhịp tim. Sau khi được hấp thụ, phenol được chuyển hóa một phần ở gan và bài tiết qua thận. Do đó, tất cả bệnh nhân phải được khai thác rõ về bệnh lý tim, thận và gan trước khi phẫu thuật. Theo dõi tim trong phẫu thuật và truyền thể tích lớn dịch đường tĩnh mạch là cần thiết để tránh các vấn đề về tim. Tuy nhiên, sử dụng các công thức có nồng độ thấp hơn như Hetter VL và hạn chế peel phenol ở các vị trí thẩm mỹ (quanh miệng hoặc quanh mắt), có thể peel cho bệnh nhân mà không cần theo dõi tim mạch hoặc truyền dịch nếu bệnh nhân khỏe mạnh.

Sự hấp thụ hệ thống của phenol có liên quan đến diện tích bề mặt cơ thể được điều trị nhiều hơn so với nồng độ được sử dụng. Để giảm thiểu độc tính, peel phenol thường được thực hiện từng phần nhỏ trên khuôn mặt với thời gian nghỉ 15 phút trước khi sử dụng axit cho khu vực giải phẫu tiếp theo. Điều này cho phép cơ thể chuyển hóa phenol được hấp thụ trước khi thoa lại dung dịch. Khuôn mặt thường được điều trị ở các phần như trán, má phải, má trái, mũi và quanh miệng, và vùng quanh mắt.

Kỹ thuật.

Peel Trichloroacetic Acid

TCA thường được sử dụng để peel ở mức độ trung bình. Mục đích là để tiếp cận lớp trung bì như với dung dịch peel.

Box 5.1 Mẹo Peel

Cách để tăng độ sâu của peel	Làm sạch nhờn trên da với acetone Thoa dung dịch peel với áp lực mạnh Thoa dung dịch peel với lượng nhiều Thoa axit nồng độ cao Thực hiện lột nhẹ hoặc mài da vì điểm trước khi thoa dung dịch peel sâu hơn ^a
Cách để tăng sự thoải mái	Bộ phận làm mát không khí hoặc quạt mạnh Uống thuốc giảm đau: ibuprofen, meperidine, hydrocodone Âm nhạc hoặc bầu không khí thú vị Giảm đau đường tĩnh mạch Block thần kinh ^b

^aCần thận trọng với kĩ thuật xâm lấn nhiều.

^bCó thể không giảm đau hoàn toàn.

Sau khi thoa lên da, dung dịch TCA tạo ra cảm giác châm chích và nóng rát, tăng dần và đạt đỉnh rồi sau đó giảm dần. Cho đến khi đạt được độ thâm nhập mong muốn, thoa nhiều lớp dung dịch TCA, dẫn đến chu kỳ nóng rát/châm chích sau đó phân giải. Tuy nhiên, một khi bệnh nhân kết thúc quá trình peel, sẽ chỉ để lại rất ít hoặc không để lại cảm giác khó chịu. Để làm cho lớp peel này dễ dung nạp hơn, có thể kết hợp với meperidine đường uống (50–100 mg), hydroxyzine (50 mg), diazepam (5 mg), và ibuprofen (400–600 mg) (Box 5.1). Một vài bác sĩ thực hiện peel cùng với giảm đau tĩnh mạch hoặc gây tê toàn thân (thường kết hợp với thủ tục phẫu thuật mà bệnh nhân được giảm đau an thần). Tác giả không sử dụng thuốc gây tê tại chỗ vì sợ làm thay đổi sự xâm nhập của TCA do làm thay đổi quá trình hydrat hóa của da. Ngoài ra, gây tê tại chỗ không đủ giảm đau khi lớp peel vượt quá độ sâu của lớp thượng bì. Việc sử dụng bộ phận làm lạnh với không khí lạnh (Zimmer Aesthetic Division, Đức) kết hợp với thuốc an thần bằng đường uống có thể cải thiện khả năng chịu đựng của bệnh nhân đối với peel.

Tái tạo bề mặt da bằng hóa chất là “đọc” tất cả các dấu hiệu về độ sâu của da. Bất kể loại peel TCA nào được thực hiện, các dấu hiệu tiến triển về độ sâu trên lâm sàng vẫn giống nhau. Sự khác biệt duy nhất giữa các loại peel khác nhau là tốc độ xuất hiện các dấu hiệu này nếu người ta sử dụng công thức peel nhanh hoặc chậm.

Cho đến khi một bác sĩ có đủ kinh nghiệm để tạo lớp peel có độ sâu trung bình, họ nên bắt đầu với các lớp peel nhẹ hơn và sau đó tiếp tục peel sâu hơn. Tương tự như vậy, tốt nhất là nên bắt đầu với các kỹ thuật peel tương đối chậm trước khi tiến hành lột nhanh hơn. Như



Ảnh. 5.2 Thiết lập peel: Epilating needle, kim đốt điện-electrodesiccation needle, cồn 70%, axit trichloroacetic 30%, một tube nền Blue peel, miếng bọt biển/mút xốp, khăn mỏng, và tăm bông.

đã đề cập, Độ dày của da có thể khác nhau ở mỗi bệnh nhân và theo cấu trúc giải phẫu trên mặt: má, vùng quanh miệng và mũi có da dày hơn, mắt có da mỏng nhất và ở trán có thể thay đổi.

Tiến hành peel khá đơn giản với TCA, cồn 70% và/hoặc acetone, đầu sấy điện, khăn mỏng (để thấm nước mắt hoặc axit chảy ra), tăm bông (cho mi mắt và mũi), và miếng bọt biển seer thoa axit (Hình. 5.2). Gần đó nên có nước hoặc nước muối sinh lý để rửa mắt nếu cần.

Bệnh nhân được hướng dẫn đến buổi khám với làn da sạch sẽ và không có thoa bất kỳ loại lotion hoặc kem dưỡng ẩm nào. Dầu thừa hoặc vảy da dày có thể dẫn đến peel không đều; do đó, điều cần thiết là phải làm sạch và loại bỏ dầu thừa trên mặt bằng cồn 70% và có thể bằng cả acetone trước khi thực hiện. Trong khi peel, bác sĩ không nên rời khỏi phòng, vì có thể bỏ sót một số dấu hiệu thoáng qua về độ sâu của peel (Box 5.2).

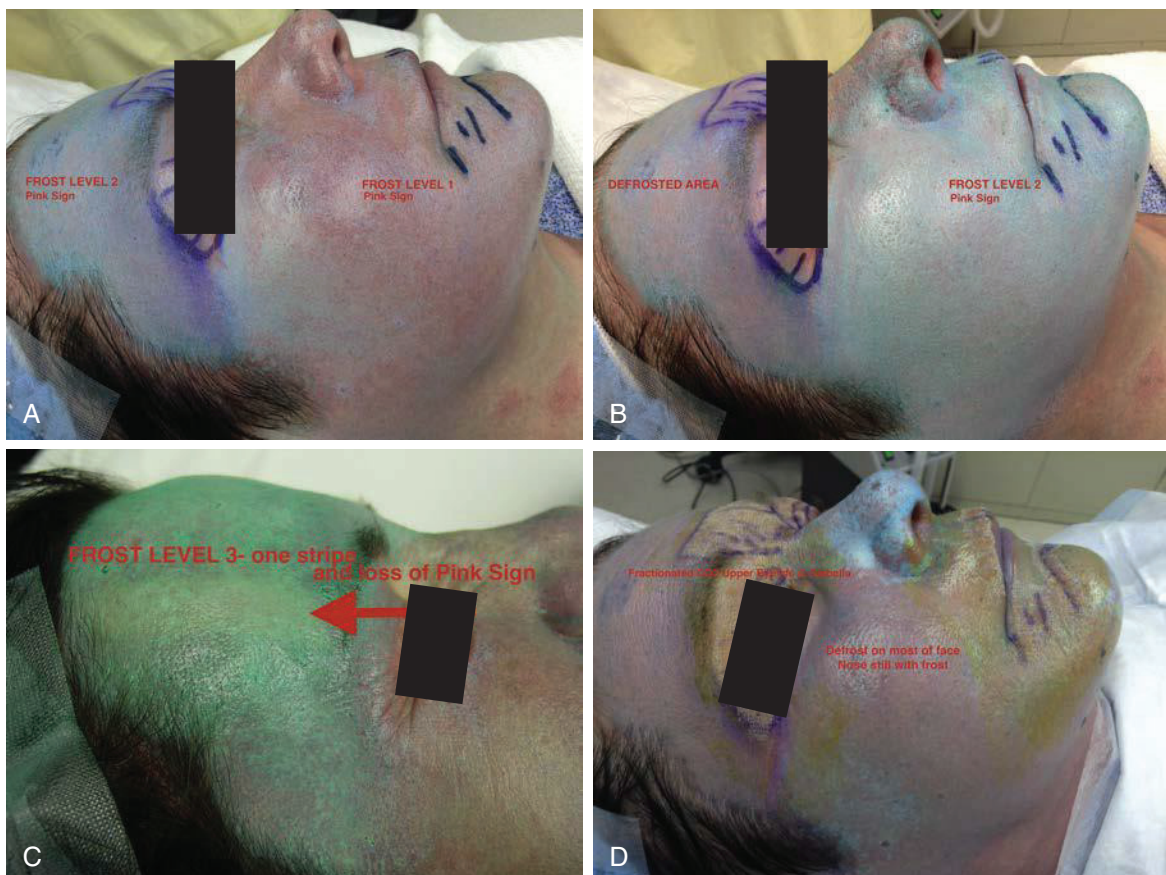
Sự thâm nhập của TCA vào da bắt đầu làm đông tụ các protein biểu bì trước tiên, dẫn đến frost nhẹ, không có trật tự (frost cấp độ 1) (Hình. 5.3A). Việc áp dụng thêm dung dịch peel sẽ tạo ra lớp frost rắn với nền hồng ban phản ứng (frost cấp 2) (Hình. 5.3B). Nền màu hồng của lớp frost được gọi là “pink sign” và sẽ biểu hiện miễn là các mạch máu của lớp trung bì nhú vẫn còn nguyên vẹn với lưu lượng máu bình thường (Hình. 5.3A–C). Frost cấp độ 2 là endpoint cho tiêu chuẩn, peel da đến lớp trung bì nhú. Có thể có phù nề đáng kể trên da khi véo nó. Tuy nhiên khi tiếp tục thoa TCA thì sẽ thâm nhập tới hoặc vào phía trên

BOX 5.2 Dấu hiệu Peel sâu

Frost	Cấp độ 1: Các điểm frost nhẹ, không có trật tự. Cấp độ 2 ^a : Frost đặc với nền hồng ban "pink sign" Cấp độ 3 ^b : Frost đặc với mắt "pink sign" Tan frost: Khi peel đã thẩm nhập và axit đã được tiêu thụ, lớp frost trên da sẽ bắt đầu tan biến.
Pink sign	Hồng ban phản ứng được quan sát bên dưới lớp frost đặc cho thấy mạng lưới mạch máu nông vẫn còn nguyên vẹn, trong khi lớp peel đã tới lớp trung bì nhú ^a
Mất Pink sign	Mất nền hồng ban cho thấy mạng lưới mạch máu nông bây giờ đã bị đông tụ bởi dung dịch peel ^b
Epidermal sliding	Một khi peel thẩm nhập vào lớp thượng bì nhưng không đông tụ các protein ở lớp da, sẽ có một thời gian ngắn khi sẽ có một thời gian ngắn khi véo da cho thấy nếp nhăn quá mức hoặc trượt thượng bì-epidermal sliding. Tiếp tục thoa dung dịch peel trên da sẽ làm mất dấu hiệu này vì thượng bì và trung bì hợp lại với nhau. Khi dấu hiệu này xuất hiện sau đó biến mất, đây là khuyến cáo tối đa cho peel da mức độ trung bình. Có thể khó đánh giá ở da dày.
Phù	Khi vô thẩm nhập vào lớp trung bì, phù nề được ghi nhận khi véo da. Dấu hiệu này cần thực hiện nghiệm pháp để nhận ra. Một khi cảm thấy phù nề khi véo da, đây là endpoint của peel da ở mức độ trung bình.

^aKhuyến cáo tối đa cho hầu hết các lần peel da mức độ trung bình.

^bKhuyến cáo tối đa cho hầu hết các lần peel da mức độ sâu.



Hình 5.3 A, Frost cấp độ 1. Điểm frost nhẹ với nền hồng ở má so với frost cấp độ 2 ở trán. B, Frost cấp độ 2. Frost trắng đặc với nền hồng ở má; chú ý đến khu vực trán lớp frost đã biến mất. C, Frost cấp độ 3. Nhìn thấy lớp frost trắng đặc, mất nền hồng gợi ý mạng lưới mạch máu nông đã bị phá hủy. D, Tan lớp Frost xảy ra theo thứ tự mà dung dịch peel được thoa. Điều quan trọng là phải chú ý đến điều này để tránh thoa lặp ở cùng một khu vực đã được thoa lớp peel trước đó.



Hình 5.4 Dấu hiệu Epidermal sliding. Véo da dẫn đến các nếp nhăn quá mức, gợi ý các sợi neo giữa lớp thượng bì và trung bì đã bị phá hủy.

lớp trung bì lưới, làm xuất hiện lớp frost đặc và mất nền hồng ban (frost cấp độ 3) (Hình. 5.3C). Frost cấp độ 3 ngụ ý rằng lớp peel đã đạt đến toàn bộ lớp trung bì nhú và phía trên lớp trung bì lưới. Đây là mức khuyến cáo tối đa cho một lần peel TCA. Tiếp tục thoa TCA sẽ đưa lớp peel tới phần giữa của lớp trung bì lưới, xuất hiện "màu xám" trên da. Thấm nhập đến mức độ này tương quan với việc tăng nguy cơ tạo sẹo và giảm sắc tố vĩnh viễn.

Ở bệnh nhân da sẫm màu, "pink sign" có thể khó đánh giá. Vì lý do này, đối với những bệnh nhân da sẫm màu, người ta có thể phải dựa vào dấu hiệu "epidermal sliding" để đo độ sâu của lớp peel. Dấu hiệu "epidermal sliding" là một dấu hiệu thoáng qua chứng tỏ nhân da quá mức xảy ra trước khi kết tủa và đông tụ hoàn toàn các protein ở lớp trung bì nhú (Hình. 5.4). Phù lớp trung bì nhú và phá vỡ các sợi neo cho phép lớp thượng bì di chuyển tự do hơn, dẫn đến nhân da quá mức khi véo da. Dấu hiệu này biến mất khi protein của lớp trung bì nhú đông tụ và kết dính với các protein đông tụ của thượng bì, như vậy đã chỉ ra độ sâu peel đã đạt tới lớp nông của trung bì lưới. Khi đạt được điều này, nền hồng ban sẽ biến mất và phù nề hình thành (Hình. 5.5). Ở da dày, "epidermal sliding" có thể không rõ ràng, và việc chỉ theo dõi "pink sign" được sử dụng để xác định độ sâu peel.

Peel Axit Glycolic – Axit Trichloroacetic

Da được loại bỏ dầu thừa bằng xà phòng và nước. Thoa nhanh và đều axit glycolic 70% không đệm



Hình 5.5 Phù. Khi quá trình peel tiếp tục diễn ra, dấu hiệu epidermal sliding sẽ mất đi và hiện tượng phù nề chắc chắn hình thành do thượng bì và trung bì giờ đã được hợp nhất với nhau.

Sau 2 phút tiếp xúc, chúng sẽ bị trung hòa bởi 1 lượng lớn nước.

Một lượng nhỏ TCA 35% được thoa đều lên da bằng miếng gạc hoặc tăm bông. Chờ khoảng 2 đến 3 phút để TCA thẩm thấu và đánh giá xem liệu có chỉ định thoa thêm hay không. Để tránh các đường ranh giới-lines of demarcation, the TCA nên được thoa dọc theo đường viền hàm và kéo dài đến đường chân tóc.

Peel dung dịch Jessner's – Axit Trichloroacetic

Da được làm sạch đầy đủ bằng xà phòng (tốt nhất là sữa rửa mặt tạo bọt) và nước. Mặt sau đó được loại bỏ dầu thừa bằng acetone.

Một miếng gạc dài 2 inch x 2 inch hoặc tăm bông được sử dụng để thoa đều dung dịch Jessner's, vừa đủ để gây ra một lớp frost rất nhẹ. Sau 6 phút, thoa đều một lượng nhỏ TCA 35% bằng gạc hoặc tăm bông. Chờ 2 đến 3 phút để TCA thẩm nhập và đánh giá xem có cần thoa thêm không. Để tránh đường ranh giới, TCA nên được thoa dọc theo đường viền hàm và kéo dài đến chân tóc.

Peel Axit Trichloroacetic–Blue

Bề mặt da được làm sạch nhẹ nhàng với cồn hoặc aceton đối với da rất nhờn. Nền Blue Peel được trộn với TCA 30% ngay trước khi sử dụng (xem Bảng 5.5). Những người mới peel nên bắt đầu với nồng độ thấp hơn.

Tương tự, lượng thoa (thể tích) thoa lên da phải được điều chỉnh theo độ dày của da. Da mỏng cần ít lớp thoa hơn, trong khi da dày có thể cần thoa thêm nhiều lớp. Dung dịch được thoa đều lên mặt và thoa đều đến chân tóc, dải tai và dọc theo đường viền hàm. Dung dịch Blue Peel sẽ tạm thời nhuộm xanh lông tóc.

Mỗi lớp thoa hoặc lớp phủ được chờ thẩm nhập trong 2 đến 3 phút trước khi thoa tiếp để có thể đánh giá đúng độ sâu lớp peel. Frost cấp độ 2 thường là endpoint của peel loại này. Nếu thoa nhiều TCA hơn, nền hồng ban sẽ bị mất đi, cho thấy sự xâm nhập sâu hơn lớp trung bì nhú và vào lớp nông trung bì lưới (Frost cấp độ 3). Frost cấp độ 3 ở một số khu vực nhất định là độ sâu khuyến cáo tối đa của Peel TCA-Blue ở mặt. Hình 5.6 cho thấy các giai đoạn frost, epidermal sliding, nền hồng ban và phủ nề khi chúng xảy ra từ từ.

Peel da vùng khác ngoài vùng mặt có thể thực hiện nhưng cũng là thách thức, vì da những vùng này ít cấu trúc phụ hơn để phục hồi da sau peel. Vì lý do đó, nên cẩn thận khi peel ở những vùng da này. Khi thoa từ mặt đến cổ, lớp peel sâu hơn phải ở gần đường viền hàm và nhẹ dần khi gần đến xương đòn (Hình 5.7A). Điều này giúp tạo ra hiệu ứng hòa trộn giữa da trên mặt và cổ.

Peel Phenol

Peel Hetter VL

Peel phenol nhẹ hơn (ít phenol và ít dầu croton hơn) giúp dễ dàng thực hiện peel da đến lớp trung bì lưới với ít biến chứng hơn so với peel da Baker-Gordon truyền thống. Các loại peel phenol đã biến đổi, nhẹ hơn, như dung dịch Hetter VL, có thể được sử dụng để điều trị như một loại mỹ phẩm “đơn lẻ” mà không cần theo dõi tim hoặc bù dịch qua đường tĩnh mạch. Điều trị nhiều hơn một vùng sẽ phải yêu cầu tim khỏe, đánh giá chức năng gan và thận, truyền dịch qua đường tĩnh mạch thích hợp và theo dõi tim.

Da sạch sẽ được loại bỏ dầu thừa thêm bằng cách sử dụng cồn 70% hoặc acetone. Lắc nhẹ chai để trộn các thành phần khác nhau và dùng pi-pet hút một phần dung dịch được dùng cho vào bát sạch. Trong khi peel và giữa các lần thoa, hỗn hợp phenol phải được xoay tròn, vì các thành phần dầu và nước của dung dịch có xu hướng tách ra (Hình 5.8A–B). Dung dịch được thoa lên da bằng tăm bông (Hình 5.8C). Phải cẩn thận không để dung dịch

nhỏ giọt hoặc chảy xuống mặt. Lớp frost xuất hiện rất nhanh sau khi thoa dung dịch peel (Hình 5.8D). Endpoint cho các nếp nhăn sâu hoặc da thừa là một lớp frost trắng đều. Lớp frost tan nhanh, vì vậy bạn phải quan sát cẩn thận để đảm bảo không thoa thêm dung dịch và peel da quá sâu.

Kết hợp thủ thuật

Trong thời đại tái tạo bề mặt bằng laser, người ta có thể cảm thấy rằng peel da hóa học không có vai trò nào. Tuy nhiên, điều này không thể đi xa so với sự thật. Peel cho phép điều trị các vùng trên mặt, cổ và ngực một cách linh hoạt mà laser không thể thực hiện được, đồng thời cho phép tái tạo bề mặt một cách an toàn cho nhiều loại da. Trên thực tế, peel da có thể được kết hợp an toàn với tái tạo bề mặt bằng laser, laser không xâm lấn và thủ thuật phẫu thuật.

Cách tốt nhất để lập kế hoạch điều trị phối hợp tại buổi tư vấn là lưu ý vùng nào cần laser mạch máu, vùng nào cần đốt điện các cấu trúc phụ (u tuyến mồ hôi, tăng sản tuyến bã nhờn, u mạch anh đào, dày sừng tiết bã) và vùng nào cần tái tạo bề mặt sau hoặc trung bình. Trình tự của các thủ tục cũng rất quan trọng (Hình 5.9). Dung dịch peel nên tránh tiếp xúc với vết thương hở do phẫu thuật hoặc tái tạo bề mặt với laser, Đánh dấu trước khi phẫu thuật nên được thực hiện để giúp phân định các khu vực sẽ được điều trị sâu hơn và các khu vực được điều trị nhẹ hơn.

Trong thủ thuật căng da hoặc cắt mí mắt, có thể thực hiện peel da một cách an toàn ở độ sâu từ nhẹ đến trung bình để cải thiện vẻ ngoài của da mà không ảnh hưởng đến vật da. Da đã can thiệp được peel nhẹ hơn (không quá lớp trung bì nhú) hơn da chưa được can thiệp. Tránh để dung dịch peel lan vào vết mổ. Ngoài ra, việc tái tạo bề mặt có thể được thực hiện trước, làm sạch da, sau đó tiến hành phẫu thuật (Hình 5.10).

Trẻ hóa da vùng cổ và ngực thì khó hơn trẻ hóa da mặt, vì cổ có ít cấu trúc phụ hơn, yếu tố quan trọng trong việc chữa lành vết thương. Một loạt peel ở cấp độ trung bì nhú có thể có lợi hơn và ít rủi ro hơn peel sâu hơn ở những vùng da này. Một số bác sĩ sẽ giải quyết các nếp nhăn cổ rõ rệt hơn với peel phenol đã được biến đổi bằng cách sử dụng công thức Hetter VL.

Tóm lại, trình tự chính xác của các thủ thuật là rất quan trọng để kiểm soát độ sâu của tái tạo bề mặt khi thực hiện



Hình 5.6 A, DA bệnh nhân được loại bỏ dầu thừa với acetone hoặc cồn 70%. B, Đốt điện năng lượng thấp với một đầu đốt dẹt điều trị dày sừng tiết bã phẳng, nevi, u sợi mạch máu. C, Đốt điện năng lượng thấp với đầu kim nhọn với các tổn thương da như u tuyến mồ hôi, u mạch, và tăng sản tuyến bã. D, Sau khi đốt điện, một số khu vực điều trị hiện tại có vết thương hở. E-N, Tiến trình tự nhiên của peel khi thực hiện ở từng khu vực giải phẫu.



Fig. 5.7 Feathering onto the neck, chest, and ears to blend all the areas. It is important that the peel becomes less strong the more caudal one proceeds, to create a nice transition. Peels can be feathered onto the brows and into the hairline, and some can be applied to the mucosal lips.

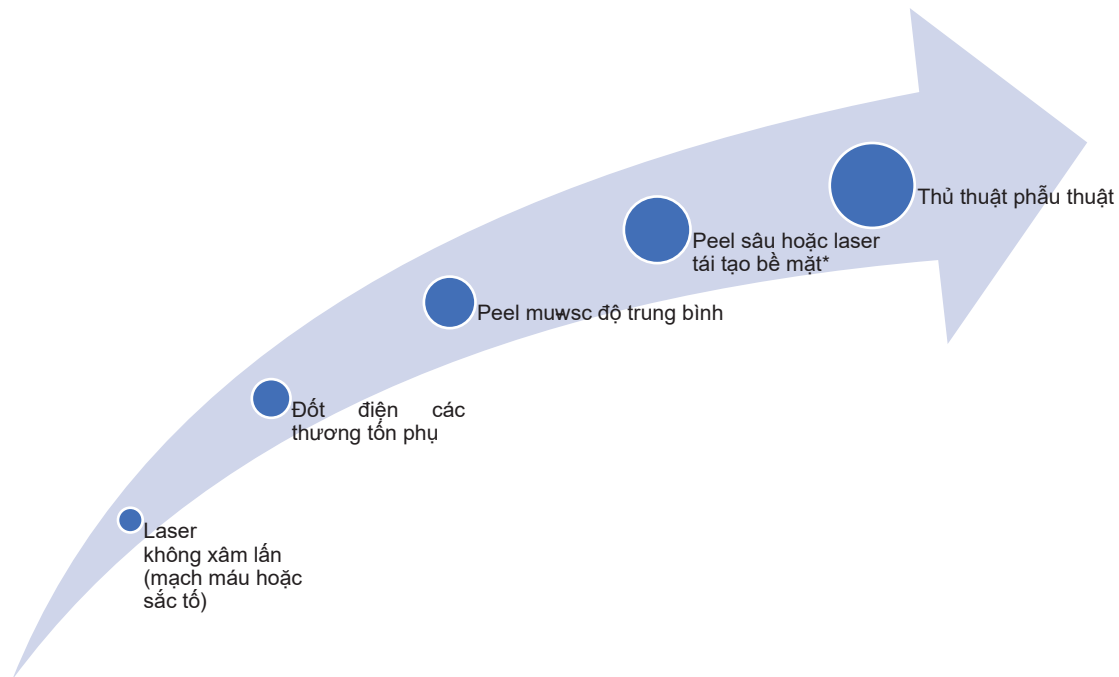
kết hợp thủ thuật: (1) laser không xâm lấn hoặc xâm lấn tối thiểu (laser mạch máu hoặc sắc tố) được thực hiện đầu tiên; (2) tiếp theo là đốt điện; (3) thực hiện peel da mức độ trung bình sau đó; (4) nếu peel phenol được sử dụng trong một số đơn vị thẩm mỹ thì sẽ được thực hiện; (5) da được làm sạch để loại bỏ axit dư thừa; và (6) laser tái tạo bề mặt ở một số vùng nhất định có thể thực hiện sau đó (Hình. 5.11).

Chăm sóc sau phẫu thuật

Khi kết thúc quá trình peel da trung bình và sâu, tác giả làm sạch da nhẹ nhàng bằng xà phòng và nước. Nếu có thực hiện Blue peel, màu xanh lam sẽ được loại bỏ bằng chất tẩy rửa đi kèm trong bộ sản phẩm hoặc thậm chí bằng xà phòng rửa bát tạo bọt Dawn. Bệnh nhân sẽ được thông báo rằng một ít màu xanh sẽ còn trên da và sẽ biến mất trong quá trình lành thương. Màu nhuộm dính lên tóc sẽ được loại bỏ khi gội đầu.



hình 5.8 A và B, Công thức Hetter VL Phenol-Croton Oil. Chai có nhãn mác rõ ràng để tránh sai sót. Dung dịch phân tách, do đó cần trộn đều trước khi thoa. C và D, Dung dịch Hetter VL được thoa vào vùng da trên môi với tăm bông ướt nhưng không nhỏ giọt. Các lớp thoa đều và dứt khoát cho đến khi lớp frost trắng đặc xuất hiện.



*Da được làm sạch bằng xà phòng và nước trước khi phẫu thuật hoặc tái tạo bề mặt bằng laser.

Hình. 5.9 Thuật toán kết hợp các thủ thuật một cách an toàn. Các thủ thuật bắt đầu bằng thủ thuật không xâm và xâm lấn tối thiểu, tiếp theo là peel nhẹ hơn, sau đó là peel sâu nhất, tiếp theo, sau khi da được làm sạch, sẽ tái tạo bề mặt bằng laser. Thông thường bước cuối cùng là thủ thuật phẫu thuật. Ngoài ra, thủ thuật phẫu thuật có thể được thực hiện trước, nhưng phải cẩn thận để giữ axit tránh xa vết mổ.

Peel mức độ trung bình

Peel da ở độ sâu trung bình thường mất từ 6 đến 7 ngày để lành hoàn toàn. Ngày đầu tiên bệnh nhân được yêu cầu nghỉ ngơi và đắp đậu đông lạnh lên mặt 10 phút mỗi giờ (không đông đá đối với vùng da khác). Bệnh nhân được yêu cầu nằm đầu cao 45 độ trong vài ngày đầu để giảm phù mắt. Phù mắt, đặc biệt là với peel da do phenol, bắt đầu ngay sau khi làm thủ thuật và đạt đỉnh điểm sau 24 đến 48 giờ. Đến 72 giờ, phù hầu như biến mất, nhưng da bắt đầu trông giống như một chiếc mặt nạ hoặc một con rắn sắp lột da. Bệnh nhân sẽ nhận thấy làn da sạm dần và căng lên trông giống như mặt nạ.

Các vùng da đã được xử lý bằng phenol hoặc tái tạo bề mặt bằng laser sẽ xuất hiện một lượng dịch tiết protein có thể có màu hơi vàng. Những vùng này trông sẽ khác nhau trong toàn bộ quá trình lành thương. Bệnh nhân dễ nhầm dịch tiết này với mủ, vì vậy nên trấn an rằng nó là bình thường và sẽ tự khỏi.

Có sự khác nhau giữa các bác sĩ về chăm sóc hậu phẫu. Tác giả đã sửa đổi và đơn giản hóa việc chăm sóc hậu phẫu cho bệnh nhân dựa trên 20 năm kinh nghiệm. Trừ khi bệnh nhân suy giảm miễn dịch hoặc đã phẫu thuật chỉnh hình gần đây, thì không được sử dụng kháng sinh dự phòng. Để giảm nguy cơ nhiễm tụ cầu sau phẫu thuật, bệnh nhân được hướng dẫn bôi thuốc mỡ mupirocin vào lỗ mũi ba lần một ngày trong 1 tuần trước khi tái phát và tiếp tục cho đến khi da lành hẳn. Bước đơn giản này đã làm giảm rất nhiều số ca nhiễm trùng sau phẫu thuật.

Tác giả không kê đơn prednisone đường uống thường quy cho bệnh nhân có phù trừ khi bệnh nhân có tiền sử bị phù quá mức. Các biện pháp đơn giản với nằm đầu cao 45 độ và đắp đậu đông lạnh 10 phút mỗi giờ trong ngày đầu tiên giúp giảm phù nề.

Bệnh nhân nên làm sạch da hai lần một ngày bằng chất tẩy rửa nhẹ nhàng và tránh dùng khăn mặt.



Fig. 5.10 Patient safely undergoing trichloroacetic acid Blue Peel followed by laser resurfacing, followed by an upper blepharoplasty.



Fig. 5.11 Patient underwent a full-face trichloroacetic acid Blue Peel with feathering off of the face. The skin was then cleansed, eye protection was used, and periorbital resurfacing with a fractionated CO₂ laser was performed.

midday and late afternoon patients perform an astringent wash using gauze soaked in Domeboro Astringent Solution (Moberg Pharma, Cedar Knolls, NJ) for about 10 minutes. After each skin wash or soak, patients apply

Bôi chất làm mềm lên da, chẳng hạn như thuốc mỡ Vaniply (Duợc phẩm đặc biệt, Rochester, MN) hoặc thuốc mỡ Aquaphor (Beiersdorf, Hamburg, Đức).

Việc làm sạch và bôi mỡ được thực hiện bằng kỹ thuật "vỗ nhẹ". Bệnh nhân được hướng dẫn tránh chà xát da ngay cả khi làm sạch hoặc bôi thuốc mỡ, vì điều này có thể khiến da bong tróc sớm.

Các vùng da được điều trị bằng phenol hoặc tái tạo bề mặt bằng laser được xử lý bằng đắp giấm loãng trong quá trình lành thương. Pha 1 thìa cà phê giấm trắng trong 2 cốc nước tinh khiết hoặc nước cất. Bệnh nhân sẽ ngâm gạc trong dung dịch này, vắt và đặt gạc lên vùng peel phenol hoặc laser trong 10 phút mỗi giờ. Điều này sẽ làm dịu da, giảm tích tụ dịch tiết, và giúp phục hồi thoải mái hơn nhiều. Sau mỗi lần rửa hoặc đắp gạc, bệnh nhân thoa chất làm mềm lên da, chẳng hạn như thuốc mỡ Vaniply hoặc thuốc mỡ Aquaphor.

Ngày đầu tiên, vùng peel TCA chỉ cảm thấy hơi căng hoặc ấm. Các vùng tái tạo bề mặt bằng phenol hoặc laser có thể giống như bị cháy nắng nhẹ. Sau 24h, thường không có đau. Trên thực tế, đau thường là chỉ điểm của nhiễm trùng hoặc chấn thương. Điều này phải được giải quyết kịp thời.

Sau 4 đến 5 ngày, da sẽ bắt đầu bong ra từng mảng dày, bắt đầu ở những vùng cử động (quanh miệng hoặc quanh hốc mắt) và tới ở những vùng ít cử động (trán). Peel tới trung bì nhú sẽ lành thương trong 7 ngày, khác với peel đến lớp nông trung bì lưới phải cần tới 10 ngày để lành thương. Nếu thời gian lành thương nhanh hơn hoặc kéo dài hơn đều là dấu hiệu tương ứng cho thấy lớp peel quá nông hoặc quá sâu. So với tái tạo bề mặt da bằng laser CO₂ xâm lấn, peel da bằng hóa chất nói chung dễ dàng hơn nhiều cho bệnh nhân, bác sĩ phẫu thuật và nhân viên.

Bệnh nhân được khám vào giữa tuần ở ngày thứ 3 hoặc 4 để đảm bảo rằng họ đang tuân theo các hướng dẫn và để đánh giá mức độ tuân thủ của họ đối với việc đắp gạc và chăm sóc hậu phẫu. Bất kỳ dấu hiệu ban đầu nào của nhiễm trùng hoặc viêm da tiếp xúc thường có thể được phát hiện sớm vào thời điểm này. Bệnh nhân được khám lại vào ngày thứ 7 ở phòng khám để đảm bảo rằng tất cả các vùng da đã lành và dịch tiết sót lại được thấm hết và đánh giá vùng da bên dưới. Hơn nữa, bệnh nhân được khám để đảm bảo rằng họ đang sử dụng thuốc mỡ mupirocin và dùng valacyclovir theo quy định.

Trong toàn bộ quá trình lành thương, bệnh nhân phải tránh tập thể dục, tiếp xúc với nhiệt, bồn tắm, bể bơi và ánh nắng mặt trời. Họ phải rửa tay sau khi sử dụng nhà vệ sinh hoặc chăm sóc thú cưng. Họ phải để thú cưng tránh xa khuôn mặt và vỏ gối.



Hình. 5.12 A và B, Bệnh nhân bị nám da điều trị tốt rối loạn sắc tố của cô ấy với Peel Blue -axit trichloroacetic ở độ sâu trung bình.

Bệnh nhân nên được khuyên tiếp tục chu trình dưỡng da sau khi da được tái tạo biểu mô hoàn toàn. Quá trình này thường được bắt đầu lại sau 1 tuần sau khi lành thương hoặc thậm chí 2 tuần sau đó với laser hoặc các vùng da peel sâu hơn. Nên tránh tiếp xúc tuyệt đối với ánh nắng mặt trời trong 4 đến 6 tuần đầu sau thủ thuật. Da trở nên săn chắc rõ ràng trong vài tuần và tiếp tục trong 3 tháng sau đó.

KẾT LUẬN

các bác sĩ thực hiện các liệu pháp trẻ hóa da phải thành thạo trong việc tái tạo bề mặt da bằng hóa chất để

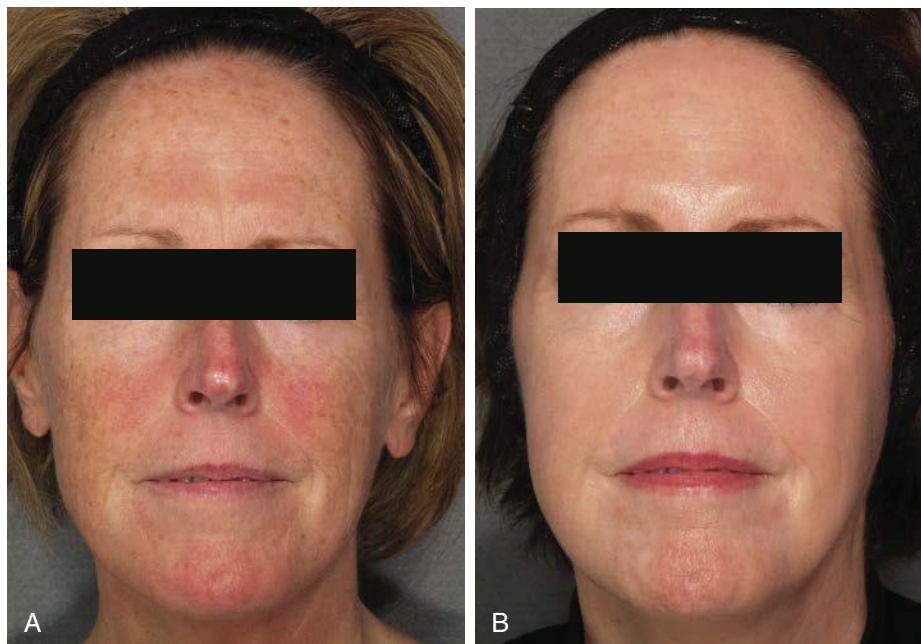
mang tới cho bệnh nhân kết quả cải thiện sau thủ thuật đơn lẻ hoặc kết hợp với laser và phẫu thuật. Peel có thể được điều chỉnh để tiếp cận các độ sâu khác nhau, giải quyết các vùng không thể dùng laser và được sử dụng trên nhiều loại da. Peel đã trải qua thử thách của thời gian mặc dù sự ra đời của nhiều loại thiết bị laser và năng lượng trên thị trường. Trên thực tế, nhiều bác sĩ thường xuyên thực hiện peel da bằng hóa chất và nhận thấy chúng không thể thiếu. In fact, many physicians who regularly perform chemical peels find them indispensable and would trade their lasers in before giving up their peels. Việc tối ưu hóa kết quả phụ thuộc vào việc đánh giá bệnh nhân thích hợp, lựa chọn thủ thuật, độ sâu và kỹ thuật thích hợp (Hình. 5.12–5.15).



Hình 5.13 A và B, Bệnh nhân cải thiện về độ săn chắc của da, rối loạn sắc tố và nếp nhăn với đốt điện các thương tổn và sử dụng Axit trichloroacetic Blue Peel toàn mặt, dung dịch peel Hetter VL ở gian mày, nếp nahwn dưới mắt, vùng bọng mắt và đường viền môi trên.



Hình 5.14 A và B, Bệnh nhân có sự cải thiện sau khi dùng Axit trichloroacetic Blue Peel ở mặt cũng như peel Hetter VL vùng quanh mắt và tái tạo bề mặt bằng laser của vùng quanh miệng và gian mày.



Hình. 5.15 A và B, Bệnh nhân có sự cải thiện sau một quy trình kết hợp được lên liệu trình kết hợp pulsed dye laser cho giãn mao mạch; Q-Switch laser cho tàn nhang; Axit trichloroacetic Blue peel ở da mặt, cổ và ngực; và peel Hetter VL của vùng quanh hốc mắt và tái tạo bề mặt bằng laser ở vùng quanh miệng và vùng gian mày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Abdel-Meguid Am, Taha EA, Ismail SA. Combined Jessner solution and trichloroacetic acid versus trichloroacetic acid alone in the treatment of melasma in dark-skinned patients. *Dermatol Surg.* 2017;0:1–6.
- Agarwal N, Gupta LK, Khare AK, Kuldeep CM, Mittal A. Therapeutic response of 70% trichloroacetic acid CROSS in atrophic acne scars. *Dermatol Surg.* 2015;41:597–604.
- Coleman WP, Futrell JM. The glycolic acid and trichloroacetic acid peel. *J Dermatol Surg Oncol.* 1994;20:76–80.
- Dalpizzol M, Weber MB, Mattiazi AP, Manzoni AP. Comparative study of the use of trichloroacetic acid and phenolic acid in the treatment of atrophic-type acne scars. *Dematol Surg.* 2016;42:377–383.
- Hantash BM, Stewart DB, Cooper ZA, Rehms WE, Koch RJ, Swetter SM. Facial resurfacing for nonmelanoma skin cancer prophylaxis. *Arch Dermatol.* 2006;142:976–982.
- 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.* 2000;105(3):1061–1083; discussion 1084–1087.
- Holzer G, Pinkowicz A, Radakovic S, Schmidt RB, Tanew A. Randomized controlled trial comparing 35% trichloroacetic acid peel and 5-aminolevulinic acid photodynamic therapy for the treatment of multiple actinic keratosis. *Br J Dermatol.* 2016.
- Kumari R, Thappa DM. Comparative study of trichloroacetic acid versus glycolic acid chemical peels in the treatment of melasma. *Indian J Dermatol Venerol Leprol.* 2010;76:447.
- 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;28:1017–1021.
- Leheta T, El Tawdy A, Hay RA, Farid S. Percutaneous collagen induction versus full-concentration trichloroacetic acid in the treatment of atrophic acne scars. *Dermatol Surg.* 2011;37:207–216.
- Li YT, Yang KC. Comparison of the frequency-doubled Q-switched Nd:YAG laser and 35% trichloroacetic acid for the treatment of face lentiginos. *Dermatol Surg.* 1999;25:202–204.
- Monheit GD. The Jessner's-trichloroacetic acid peel. An enhanced medium-depth chemical peel. *Dermatol Clin.* 1995;13(2):277–283.
- Moubasher AE, Youssef EM, Abou-Taleb DA. Q-switched Nd:YAG laser versus trichloroacetic acid peeling in the treatment of melasma among Egyptian patients. *Dermatol Surg.* 2014;40:874–882.

- Nofal E, Helmy A, Nofal A, Alakad R, Nasr M. Platelet-rich plasma versus CROSS technique with 100% trichloroacetic acid versus combined skin needling and platelet rich plasma in the treatment of atrophic acne scars: a comparative study. *Dermatol Surg.* 2014;40:864–873.
- Obagi Z, Obagi S, Alaiti S, Stevens M. TCA-Based Blue peel: a standardized procedure with depth control. *Dermatol Surg.* 1999;25(10):773–780.
- Puri N. Comparative study of 15% TCA peel versus 35% glycolic acid peel for the treatment of melasma. *Indian Dermatol Online J.* 2012;3(2):109–113.
- Ramadan SA, El-Komy MH, Bassiouny DA, El-Tobshy SA. Subcision versus 100% trichloroacetic acid in the treatment of rolling scars. *Dermatol Surg.* 2011;37:626–633.
- Raziee M, Balighi K, Shabanzadeh-Dehkordi H, Robati RM. Efficacy and safety of cryotherapy vs. trichloroacetic acid in the treatment of solar lentigo. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2008;22(3):316–319.
- Safoury OS, Saki NM, El Nabarawy EA, Farag EA. A study comparing chemical peeling using modified Jessner's solution and 15% trichloroacetic acid versus 15% trichloroacetic acid in the treatment of melasma. *Indian J Dermatol.* 2009;54(1):41–45.
- Soliman MM, Ramadan AR, Bassiouny DA, Abdelmalek M. Combined trichloroacetic acid peel and topical ascorbic acid versus trichloroacetic acid peel alone in the treatment of melasma: a comparative study. *J Cosmetic Dermatol.* 2006;6:89–94.
- Stone PA. The use of modified phenol for chemical face peeling. *Clin Plast Surg.* 1998;25(1):21–44. Review.