

SỞ Y TẾ BẮC NINH  
BỆNH VIỆN DA LIỄU

Hà Thị Mai Hương

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM DA CƠ  
ĐỊA THỂ CHÀM PHẢN ỨNG BẰNG PHƯƠNG  
PHÁP NGÂM TẮM THUỐC TÍM TẠI BỆNH  
VIỆN DA LIỄU BẮC NINH NĂM 2026

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP  
CƠ SỞ

Bắc Ninh, 2026

SỞ Y TẾ BẮC NINH  
BỆNH VIỆN DA LIỄU

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM DA CƠ  
ĐỊA THỂ CHÀM PHẢN ỨNG BẰNG PHƯƠNG  
PHÁP NGÂM TẮM THUỐC TÍM TẠI BỆNH  
VIỆN DA LIỄU BẮC NINH NĂM 2026

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP  
CƠ SỞ

*Người thực hiện: Hà Thị Mai Hương*

## Mục lục

Đặt vấn đề	1
Chương 1 Tổng quan	3
1.1. Đại cương về bệnh Viêm da cơ địa	3
1.1.1: Định nghĩa Viêm da cơ địa (VDCD):	3
1.1.2: Dịch tễ VDCD:	3
1.1.3: Sinh bệnh học VDCD:	4
1.2. Đặc điểm lâm sàng VDCD	6
1.2.1: Triệu chứng lâm sàng	6
1.2.2: Cận lâm sàng	7
1.2.3: Thể lâm sàng	8
1.2.3.1. Viêm da cơ địa theo lứa tuổi	8
1.2.3.2. Các thể lâm sàng đặc biệt và theo vị trí	9
1.2.4: Thể chàm phản ứng	10
1.2.5: Mức độ bệnh của thể chàm phản ứng	11
1.2.6: Chẩn đoán bệnh VDCD	12
1.2.6.1. Chẩn đoán xác định	12
1.2.6.2. Chẩn đoán phân biệt	13
1.3. Các phương pháp điều trị VDCD	14
1.3.1: Chiến lược điều trị	14
1.3.2: Điều trị tại chỗ	15
1.3.2.1. Nguyên tắc	15
1.3.2.2. Các thuốc tại chỗ	15
1.3.3: Điều trị toàn thân	16
1.3.3.1. Thuốc toàn thân không sinh học	17
1.3.3.2. Thuốc sinh học (Biological drugs)	17
1.3.3.3. Các thuốc phân tử nhỏ	18
1.4. Điều trị với phương pháp ngâm tắm bằng thuốc tím	19
1.4.1. Dược lý và cơ chế tác dụng của Kali Pemanganat (KMnO <sub>4</sub> )	19

1.4.2: Chỉ định	20
1.4.3. Chống chỉ định	21
1.4.4: Thận trọng	22
1.4.5: Tác dụng không mong muốn của thuốc tím	24
1.4.6: Liều lượng và cách dùng	25
1.4.7: Tương tác thuốc	26
1.5. Một số nghiên cứu về điều trị VDCD với phương pháp ngâm tẩm thuốc tím	27
1.5.1: Trên thế giới	27
1.5.2: Tại Việt Nam	28
Chương 2: Đối tượng và phương pháp nghiên cứu	30
2.1: Đối tượng và vật liệu nghiên cứu	30
2.1.1: Đối tượng nghiên cứu	30
2.1.2: <i>Vật liệu nghiên cứu</i>	31
2.2: Phương pháp nghiên cứu	32
2.2.1. <i>Thiết kế nghiên cứu</i>	32
2.2.2. <i>Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu</i>	32
2.2.3. <i>Các bước tiến hành</i>	33
2.2.4. <i>Biến số, chỉ số nghiên cứu (xem lại mục tiêu 1 và 2)</i>	34
2.2.5. <i>Các kỹ thuật dùng trong nghiên cứu</i>	35
2.2.5.1. <i>Xác định mức độ bệnh viêm da cơ địa và chàm phản ứng</i>	35
2.2.5.2. <i>Đánh giá kết quả điều trị</i>	36
2.2.6: Xử lý số liệu	37
2.3: Địa điểm và thời gian nghiên cứu	37
2.4: Đạo đức trong nghiên cứu:	38
2.5. Hạn chế đề tài:	38
2.5: Sơ đồ nghiên cứu	39
Chương 3: Kết quả nghiên cứu	39
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	40
3.2. Đặc điểm lâm sàng trước điều trị	40

3.3. Kết quả điều trị	41
3.4. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị	43
3.5. Mức độ hài lòng người bệnh	44
Chương 4: Bàn luận	44
4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	45
4.2. Đặc điểm lâm sàng trước điều trị	45
4.3. Kết quả điều trị	45
4.5. Mức độ hài lòng người bệnh	45
Kết luận	45
Tài liệu tham khảo	47

## DANH MỤC VIẾT TẮT

VDCĐ:	Viêm da cơ địa
NST:	Nhiễm sắc thể
GADA:	Global Atopic Dermatitis Atlas
SCORAD:	Scoring Atopic Dermatitis
AD:	Atopic Dermatitis

## DANH MỤC CÁC BẢNG VÀ BIỂU ĐỒ

Số hiệu bảng	Tên bảng	Trang
Bảng 1.1	Các chỉ số theo dõi lâm sàng khi sử dụng liệu pháp ngâm tẩm KMnO <sub>4</sub>	29
Bảng 3.1	Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi	45
Bảng 3.2	Phân bố theo giới	45
Bảng 3.3	Thời gian mắc bệnh	46
Bảng 3.4	Mức độ bệnh theo SCORAD trước điều trị	47
Bảng 3.5	Điểm SCORAD trung bình trước điều trị	47
Bảng 3.6	Thay đổi điểm SCORAD sau điều trị	47
Bảng 3.7	Mức độ cải thiện lâm sàng	47
Bảng 3.8	Thời gian khô tổn thương	48
Bảng 3.9	Tác dụng không mong muốn	48
Bảng 3.10	Liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị	49
Bảng 3.11	Liên quan giữa mức độ bệnh ban đầu và kết quả điều trị	49
Bảng 3.12	Phân tích hồi quy logistic các yếu tố liên quan	50
Bảng 3.13	Mức độ hài lòng người bệnh (n=40)	50

Số hiệu biểu đồ	Tên biểu đồ	Trang
Biểu đồ 1	Sơ đồ nghiên cứu	44

## **Đặt vấn đề**

Viêm da cơ địa (Atopic Dermatitis- AD), mã bệnh L20 theo phân loại ICD-10. Viêm da cơ địa và các phản ứng chàm là những bệnh lý da liễu mạn tính phổ biến nhất trên toàn thế giới cũng như tại Việt Nam. Bệnh đặc trưng bởi tình trạng viêm, ngứa dữ dội và tiến triển dai dẳng, hay tái phát. Trong những năm gần đây, các nghiên cứu dịch tễ học cho thấy tỷ lệ mắc viêm da cơ địa đang có xu hướng gia tăng nhanh chóng ở cả các nước phát triển và đang phát triển, do tác động của ô nhiễm môi trường, thay đổi lối sống và các yếu tố di truyền.

Triệu chứng điển hình của bệnh là các thương tổn da khô kèm theo tình trạng ngứa gãi không kiểm soát. Do ngứa nhiều, bệnh nhân thường gãi gây nên vòng xoắn bệnh lý 'Ngứa – Gãi' làm tổn thương da nặng hơn; thực tế có đến 60% - 80% [1] bệnh nhân gặp tình trạng rối loạn giấc ngủ nghiêm trọng do các cơn ngứa cấp tính này gây ra [2]. Thách thức lớn nhất trong điều trị chàm và viêm da cơ địa giai đoạn tiến triển là tình trạng bội nhiễm vi khuẩn và rỉ dịch cơ năng, khi có tới 90% bệnh nhân được ghi nhận có sự hiện diện của vi khuẩn *Staphylococcus aureus* (tụ cầu vàng) trên da, cao gấp nhiều lần so với người bình thường. Các biến chứng này không chỉ gây đau đớn, khó chịu cho người bệnh mà còn làm kéo dài thời gian điều trị thêm ít nhất 2 - 3 tuần và gia tăng áp lực lên hệ thống y tế khi chiếm tới 30% - 40% [3] các ca cấp cứu chuyên khoa da liễu hiện nay.

Bệnh viện Da liễu Bắc Ninh là cơ sở chuyên khoa đầu ngành của tỉnh, có bề dày lịch sử trong công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân vùng Kinh Bắc [4]. Với lưu lượng bệnh nhân đến khám và điều trị các bệnh lý da liễu lên đến hàng chục nghìn lượt mỗi năm, trong đó nhóm bệnh lý chàm và viêm da cơ địa luôn chiếm tỷ trọng lớn và có xu hướng tăng dần qua các năm (Báo cáo tổng kết năm 2025) [5]. Nhằm nâng cao chất lượng điều trị và cập nhật các phác đồ hiện đại, bệnh viện đã không ngừng cải tiến các kỹ thuật chăm sóc chuyên sâu. Trong bối

cảnh đó, phương pháp ngâm tẩm bằng thuốc tím (Kali Permanganat -  $\text{KMnO}_4$ )[6] đã được triển khai tại bệnh viện như một giải pháp hỗ trợ điều trị mang tính thực tiễn cao. Mặc dù là một hoạt chất kinh điển, nhưng việc quy trình hóa phương pháp này trong điều trị chuyên sâu được xem là một hướng đi mới tại đơn vị. Thực tế lâm sàng cho thấy  $\text{KMnO}_4$  mang lại hiệu quả vượt trội trong việc sát khuẩn, làm khô nhanh các tổn thương rỉ dịch và giảm thiểu đáng kể việc sử dụng kháng sinh toàn thân. Với ưu điểm chi phí thấp, tính an toàn cao và quy trình thực hiện dễ tiếp cận, phương pháp này đã nhận được những phản hồi tích cực từ người bệnh.

Xuất phát từ thực tiễn lâm sàng và nhằm cung cấp những bằng chứng khoa học xác đáng làm cơ sở để chuẩn hóa, nhân rộng mô hình điều trị này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Đánh giá kết quả điều trị viêm da cơ địa thể chàm phản ứng bằng phương pháp ngâm tẩm thuốc tím tại bệnh viện da liễu bắc ninh năm 2026”

*Mục tiêu nghiên cứu:*

1. *Đánh giá hiệu quả điều trị bệnh viêm da cơ địa thể chàm phản ứng bằng phương pháp ngâm tẩm thuốc tím.*
2. *Khảo sát một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị tại Bệnh viện Da liễu Bắc Ninh năm 2026.*

# Chương 1 Tổng quan

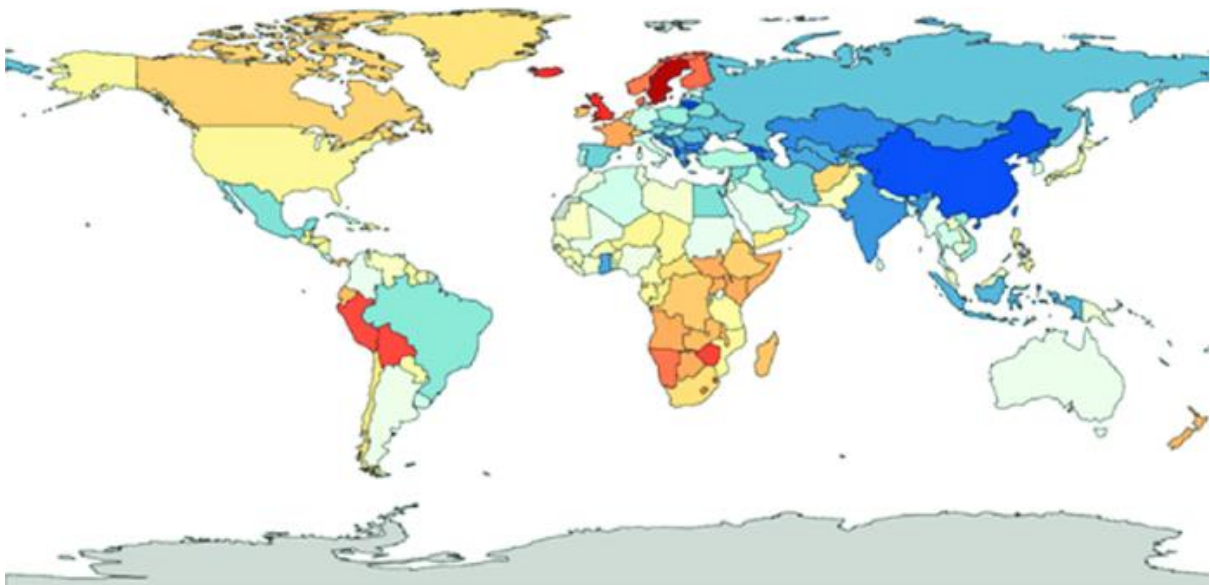
## 1.1. Đại cương về bệnh Viêm da cơ địa

### 1.1.1: Định nghĩa Viêm da cơ địa (VDCD):

Viêm da cơ địa, hay còn gọi là chàm thể tạng, là bệnh viêm da mạn tính tái phát, gặp chủ yếu ở trẻ em, có liên quan đến cơ địa dị ứng. Bệnh đặc trưng bởi vòng xoắn bệnh lý ngứa – gãi – mẩn đỏ[4].

### 1.1.2: Dịch tễ VDCD:

Các nghiên cứu báo cáo thông tin về tỷ lệ hiện mắc viêm da cơ địa (AD) đang ngày càng được mở rộng thông qua các dự án quy mô lớn như Global Atopic Dermatitis Atlas (GADA)[7], [8]. Tuy nhiên, dữ liệu vẫn còn sự biến thiên lớn tùy theo phương pháp nghiên cứu và khu vực địa lý. Ước tính từ các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ hiện mắc viêm da cơ địa dao động trung bình từ 1% đến 10% ở người lớn từ 5% đến 20% ở trẻ em [9]. Các yếu tố về độ tuổi, địa lý, sự đô thị hóa, điều kiện khí hậu và di truyền góp phần vào sự thay đổi đáng kể trong tỷ lệ hiện mắc này[10].



Hình 1. Tỷ lệ hiện mắc viêm da cơ địa trên thế giới [11]

Dựa trên văn phong y khoa và số liệu về bệnh viêm da cơ địa (Atopic Dermatitis - AD) đã thu thập được từ các báo cáo dịch tễ học toàn cầu (GADA và GBD).

Tỷ lệ hiện mắc bệnh viêm da cơ địa:

Trên toàn cầu, ước tính tính đến năm 2022 có khoảng 223 triệu đến 230 triệu[11] người đang sống chung với bệnh viêm da cơ địa. Tỷ lệ hiện mắc bệnh có sự khác biệt rõ rệt giữa các quốc gia và nhóm tuổi do sự khác biệt về cấu trúc dân số và mức độ công nghiệp hóa. Trái với các báo cáo trước đây, gánh nặng bệnh tật hiện nay không chỉ tập trung ở các nước phát triển mà còn gia tăng mạnh mẽ tại các nước thu nhập thấp và trung bình[10].

Tỷ lệ hiện mắc cao nhất được ghi nhận ở một số quốc gia Bắc Âu và các khu vực đang đô thị hóa nhanh. Cụ thể, tỷ lệ ở trẻ em tại Thụy Điển lên tới 34%, Thái Lan là 33,7%, và Trung Quốc khoảng 30,4%. Tại khu vực Đông Nam Á, các quốc gia như Singapore và Malaysia ghi nhận tỷ lệ khoảng 12%. Đặc biệt, một số nghiên cứu tại Nigeria cho thấy tỷ lệ hiện mắc ở trẻ em học đường có thể đạt mức 49,8%. Ngược lại, một số quốc gia như Nga và Israel có tỷ lệ báo cáo thấp hơn, lần lượt là 4,5% và 3,4%[11].

Sự gia tăng tỷ lệ hiện mắc viêm da cơ địa thường đi kèm với quá trình đô thị hóa, với tỷ lệ mắc bệnh tại các khu vực thành thị thường cao gấp 2-3 lần so với vùng nông thôn do tác động của môi trường và lối sống hiện đại.

### 1.1.3: Sinh bệnh học VDCĐ:

Viêm da cơ địa thường xảy ra ở bệnh nhân có đột biến gen filaggrin là gen mã hóa cho các protein cấu trúc của biểu bì. Bệnh có tính chất gia đình rõ rệt, nếu cả hai cha mẹ bị bệnh dị ứng, 79 % con cái bị VDCĐ, 73% trẻ em bị VDCĐ có tiền sử gia đình bị VDCĐ [4], [12].

Nghiên cứu về gen học gần đây phát hiện ở bệnh nhân VDCĐ thấy :

- Nhiễm sắc thể (NST) 11913 chuỗi b của thụ thể có ái tính cao với IgE.
- NST 5931 – 33 là gen của các cytokines IL4, IL5 [13], 6MCSF.
- NST 14911 – 1 là gen của Chymase của dư-ỡng bào (Mastocyte).
- NST 6q gen của HLA – DR.
- NST 16 p11- 2-11.1 gen của thụ thể IL4 [13].

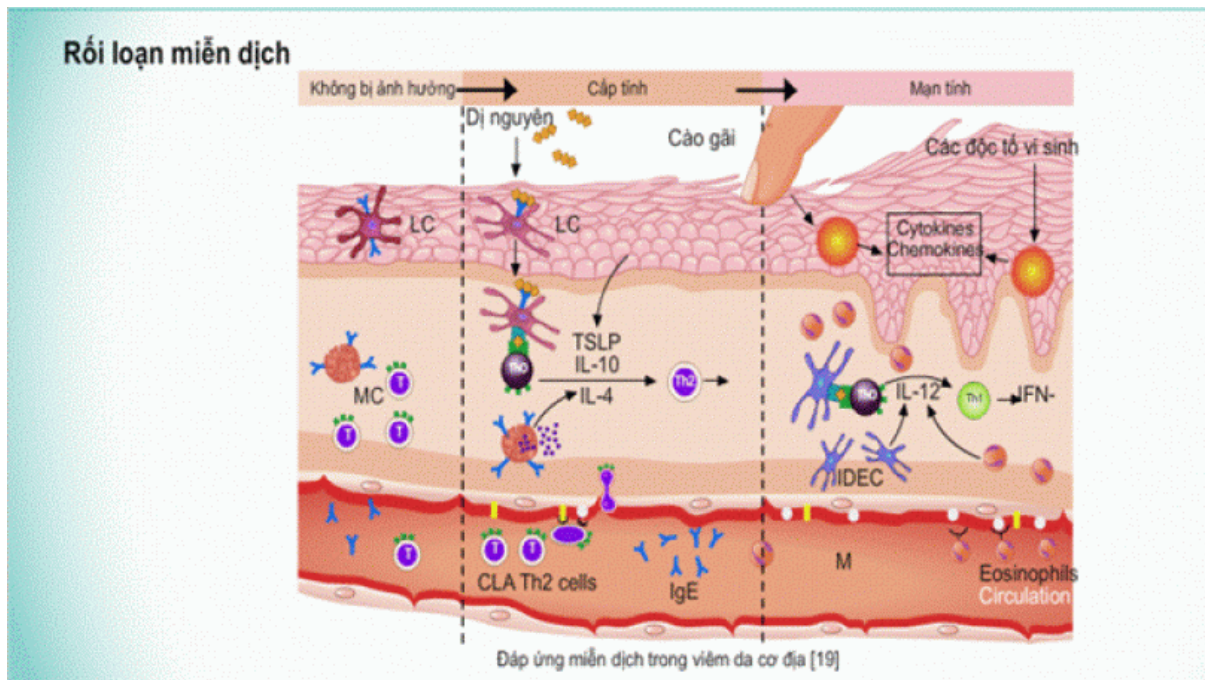
Bệnh gây ra bởi 3 yếu tố chính, bao gồm: môi trường, tổn thương hàng rào bảo vệ da và rối loạn đáp ứng miễn dịch: Khi hàng rào bảo vệ da bị tổn thương (giảm nồng độ lipid trên da như ceramides, cholesterol, các acid béo cần thiết; thiếu lipid gian bào; tăng men tiêu protein nội sinh trên da), dẫn đến da khô, mất nước, tế bào da bị biến dạng, hậu quả là các tác nhân bên ngoài như dị ứng nguyên, vi khuẩn dễ xâm nhập gây ra phản ứng viêm[4], [14].

Trong viêm da cơ địa có hiện tượng mất cân bằng đáp ứng miễn dịch điều hòa bởi Th1 và Th2 [13]. Ở giai đoạn cấp tính có hiện tượng tăng đáp ứng miễn dịch điều hòa bởi Th2, dẫn đến sản xuất ra IgE và các cytokines chống viêm như interleukins 4, 5, 13 để chống lại sự xâm nhập của các tác nhân gây bệnh ngoại bào. Ở giai đoạn mãn tính có hiện tượng tăng đáp ứng miễn dịch điều hòa bởi Th1 dẫn đến sản xuất ra các cytokine tiền viêm đặc biệt là interferon gamma để tiêu diệt tác nhân gây bệnh nội bào. Trong một số trường hợp ở giai đoạn muộn có thể sản xuất ra các tự kháng thể thứ phát.

Vai trò phản ứng dị ứng quá mẫn qua trung gian miễn dịch IgE trong viêm da cơ địa, chưa rõ ràng. Khoảng 20%[15] bệnh nhân viêm da cơ địa không có tăng IgE trong máu.

Cơ chế tăng IgE trong VDCĐ do histamin tác động lên thụ thể H2 của bạch cầu, làm cho chức năng của bạch cầu suy yếu, giảm chuyển dạng lympho (TTL

giảm). Tế bào lympho mang thụ thể H2 có chức năng sản xuất ra yếu tố ức chế sản xuất IgE do histamin phát động, do vậy khi thiếu yếu tố này, IgE đ-ược sản xuất tăng. Ngoài ra IgE tăng cao còn do trong bệnh VDCĐ có tăng cao AMP – Phosphodiesterase trong tế bào B/ hoặc tế bào T giúp đỡ (T hỗ trợ) làm cho tổng hợp IgE tăng cao [15]



Hình 2: Đáp ứng miễn dịch trong viêm da cơ địa [16]

Các yếu tố môi trường làm bệnh khởi phát và nặng lên bao gồm: dị nguyên như bọ, bụi nhà, lông súc vật, thức ăn (trứng, sữa, lạc, đậu tương, cá, bột mì)...; khí hậu hanh khô (bệnh thường nặng vào mùa đông, nhẹ vào mùa hè); điều kiện vệ sinh; tình trạng nhiễm khuẩn, đặc biệt là nhiễm tụ cầu vàng (staphylococcus aureus); chủng ngừa vaccine; sử dụng xà phòng, chất tẩy rửa ...[4]

## 1.2. Đặc điểm lâm sàng VDCĐ

### 1.2.1: Triệu chứng lâm sàng

Viêm da cơ địa ở trẻ < 2 tuổi: diễn biến cấp tính

- Độ tuổi: thường gặp 2 - 3 tháng. Bệnh nặng lên vào mùa đông hoặc khi ra

mồ hôi nhiều.

- Tổn thương cơ bản: mụn nước tập trung thành đám trên nền dát đỏ, chảy dịch nhiều.
- Vị trí: hay gặp ở má, trán, cằm, có tính chất đối xứng[14].

Viêm da cơ địa ở trẻ lớn: diễn biến bán cấp

- Tuổi hay gặp: 2 - 5 tuổi. Bệnh nặng lên vào mùa đông, thời tiết nóng bức ra mồ hôi nhiều.
- Tổn thương cơ bản: dát sần trên nền da đỏ, tập trung thành mảng hoặc rải rác; dày da, lichen hóa khi bệnh nhân ngứa, cào gãi nhiều.
- Vị trí: mặt duỗi, nếp gấp 2 bên, đối xứng[14].

Viêm da cơ địa ở người lớn: diễn biến mạn tính

- Tổn thương cơ bản: da dày, lichen hoá, vết nứt đau, hậu quả của việc bệnh nhân gãi nhiều.
- Vị trí: các nếp gấp lớn, lòng bàn tay, bàn chân, các ngón, cổ, gáy, cổ tay, cẳng chân.
- Tiến triển: Bệnh thường tiến triển từ nhỏ hoặc khởi phát ở người lớn.
- Biểu hiện khác: Ngoài biểu hiện điển hình như trên, ở người lớn có nhiều biểu hiện viêm da cơ địa khu trú khác như viêm da cơ địa ở lòng bàn tay bàn chân, chàm núm vú, chàm mi mắt, viêm môi bong vảy, chàm đồng xu[14]...

### 1.2.2: Cận lâm sàng

Hình ảnh mô bệnh học đặc trưng là phù nề gian bào (xốp bào), tăng gai và thâm nhiễm viêm ở thượng bì và trung bì nông. Lớp sừng thường có hiện tượng dày sừng kèm theo á sừng khu trú; lớp gai quá sản (tăng gai) làm mào thượng bì kéo dài nhưng độ dày không đều nhau; hiện tượng xốp bào (spongiosis) gây giãn

rộng các khoảng quanh tế bào gai, trong trường hợp cấp tính có thể hình thành các bong nước nhỏ trong thượng bì; thâm nhiễm viêm ở trung bì nông chủ yếu là lympho bào, đại thực bào và bạch cầu ái toan tập trung quanh các mạch máu đang giãn rộng. Tương tự như vẩy nến, xét nghiệm mô học hiếm khi được sử dụng để chẩn đoán viêm da cơ địa do các tiêu chuẩn lâm sàng thường đã đủ đặc hiệu, trừ những trường hợp khó cần chẩn đoán phân biệt với viêm da tiếp xúc hoặc u lympho tế bào T ở da [14].

Xét nghiệm huyết học và sinh hóa máu, đặc biệt là định lượng nồng độ IgE toàn phần trong huyết thanh và số lượng bạch cầu ái toan (eosinophil) trong máu ngoại vi, thường ghi nhận sự gia tăng đáng kể ở bệnh nhân có cơ địa dị ứng. Các yếu tố di truyền và môi trường đóng vai trò quan trọng trong việc làm thay đổi các chỉ số này[17].

Xét nghiệm nuôi cấy vi khuẩn (quẹt dịch tổn thương) được chỉ định để xác định tình trạng bội nhiễm, đặc biệt là do Tụ cầu vàng (*Staphylococcus aureus*), hoặc xét nghiệm tìm virus (như HSV) trong trường hợp nghi ngờ biến chứng chàm thể tạng Kaposi. Ngoài ra, các yếu tố khí hậu như thời tiết mùa đông hanh khô hoặc tình trạng độ ẩm hơi nhiều cũng góp phần làm trầm trọng thêm các biểu hiện bệnh lý trên lâm sàng[14].

### **1.2.3: Thể lâm sàng**

Bệnh viêm da cơ địa có biểu hiện lâm sàng đa dạng, thay đổi tùy theo độ tuổi của bệnh nhân và giai đoạn tiến triển của bệnh (cấp tính, bán cấp hoặc mạn tính). Theo hướng dẫn của Hội Da liễu Việt Nam và các tổ chức quốc tế, bệnh thường được chia thành 3 thể chính theo lứa tuổi[14]:

#### **1.2.3.1. Viêm da cơ địa theo lứa tuổi**

- **Thể trẻ nhũ nhi (dưới 2 tuổi):** Đây là thể bệnh khởi phát sớm, thường vào

tháng thứ 2 hoặc thứ 3 sau sinh. Thương tổn cơ bản là các đám dát đỏ, mụn nước nông, xốp bào, có hiện tượng chảy dịch và đóng vảy tiết [12]. Vị trí điển hình thường khu trú ở hai má, trán, cằm (hình móng ngựa), có tính chất đối xứng và có thể lan ra thân mình hoặc mặt duỗi các chi. Bệnh thường tiến triển thành từng đợt, nặng lên khi trẻ mọc răng, tiêm chủng hoặc thay đổi thời tiết [18].

- **Thẻ trẻ em (từ 2 đến 12 tuổi):** Thương tổn chuyển sang giai đoạn bán cấp với các sẩn đỏ, mảng da đỏ, dày da và các vết xước do cào gãi. Khác với trẻ nhũ nhi, vị trí tổn thương ưu thế ở các nếp gấp như khuỷu tay, khoeo chân, cổ, cổ tay và cổ chân. Ở giai đoạn này, hiện tượng xốp bào ít dần và thay thế bằng tình trạng dày da, lichen hóa khu trú [12], [18].
- **Thẻ thanh thiếu niên và người lớn (trên 12 tuổi):** Tổn thương đặc trưng là tình trạng mãn tính với các mảng da dày, thâm, lichen hóa rất rõ rệt do quá trình cào gãi kéo dài [19], [20]. Vị trí thường gặp nhất là các nếp gấp lớn, vùng mặt, cổ, ngực và tay chân. Khoảng 30% các trường hợp ở người lớn là khởi phát muộn, không có tiền sử mắc bệnh ở tuổi nhỏ [4].

#### 1.2.3.2. Các thể lâm sàng đặc biệt và theo vị trí

Ngoài phân loại theo tuổi, viêm da cơ địa còn có các biến thể lâm sàng khu trú hoặc hình thái đặc biệt, tương tự như các biến thể của vẩy nến [21]:

- **Chàm đồng xu (Nummular eczema):** Tổn thương là các mảng đỏ, mụn nước có hình tròn hoặc bầu dục giống hình đồng tiền, ranh giới rõ, thường gặp ở thân mình và mặt duỗi các chi.
- **Viêm da bàn tay, bàn chân:** Chiếm tỷ lệ cao ở người lớn, biểu hiện bằng tình trạng đỏ da, bong vảy, nứt nẻ và đau, thường liên quan đến các yếu tố tiếp xúc và nghề nghiệp.
- **Viêm da cơ địa thể đỏ da toàn thân:** Đây là biến chứng nặng, toàn bộ da toàn thân đỏ, phù nề, bong vảy, kèm theo rối loạn điều nhiệt và nhiễm

trùng toàn thân, cần được điều trị nội trú tích cực.

- Các thể khu trú khác: Bao gồm viêm môi bong vảy, chàm mi mắt, chàm núm vú, hoặc viêm da lòng bàn chân trẻ em [4], [14].

#### 1.2.4: Thể chàm phản ứng

Thể chàm phản ứng là một tình trạng viêm da thứ phát xuất hiện tại các vùng da cách xa ổ viêm hoặc ổ nhiễm trùng nguyên phát. Trong bệnh cảnh viêm da cơ địa, hiện tượng này thường khởi phát khi một vùng tổn thương bị viêm cấp tính hoặc bội nhiễm (thường do *Staphylococcus aureus* hoặc vi nấm) [14] giải phóng các cytokine và kháng nguyên vào hệ tuần hoàn, gây ra phản ứng quá mẫn muộn (Type IV) tại các vị trí da lành [4], [13], [14].

- Đặc điểm lâm sàng: Tổn thương đặc trưng bởi sự xuất hiện đột ngột của các sẩn đỏ, mụn nước nhỏ li ti, thường có tính chất đối xứng ở hai bên cơ thể (như hai mặt bên của ngón tay, cẳng tay hoặc đùi). Bệnh nhân thường có triệu chứng ngứa dữ dội, đôi khi kèm theo cảm giác nóng rát tại vùng da mới xuất hiện tổn thương.
- Tiến triển: Chàm phản ứng thường thuyên giảm khi ổ viêm nguyên phát được kiểm soát hiệu quả bằng kháng sinh hoặc corticosteroid tại chỗ. Tuy nhiên, nếu không được điều trị kịp thời, tổn thương có thể lan tỏa nhanh chóng dẫn đến tình trạng đỏ da toàn thân.
- Chẩn đoán phân biệt: Cần phân biệt thể này với viêm da tiếp xúc dị ứng lan tỏa hoặc các phản ứng do thuốc. Việc xác định đúng "ổ khởi phát" là chìa khóa then chốt trong việc chẩn đoán thể lâm sàng này [13].

### 1.2.5: Mức độ bệnh của thể chàm phản ứng

Dựa vào chỉ số SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis)[22], [23]:

Đây là chỉ số đánh giá mức độ bệnh toàn diện và được sử dụng rộng rãi nhất. SCORAD kết hợp ba thành phần: diện tích tổn thương (A), cường độ của 6 dấu hiệu lâm sàng (B) và các triệu chứng chủ quan (C).

- Diện tích (A): Tính theo quy luật số 9, tối đa 100%.
- Cường độ (B): Đánh giá 6 triệu chứng (hồng ban, phù nề/sần, chảy dịch/đóng vảy, vết xước, lichen hóa và da khô) trên thang điểm 0 - 3.
- Triệu chứng chủ quan (C): Bệnh nhân tự đánh giá mức độ ngứa và mất ngủ trên thang điểm 0 - 10.

Công thức tính:  $SCORAD = A/5 + 7B/2 + C$ . Chỉ số này dao động từ 0 - 103.

Phân độ mức độ nặng của viêm da cơ địa theo SCORAD như sau[21]:

- Mức độ nhẹ:  $SCORAD < 25$ .
- Mức độ vừa:  $SCORAD$  từ 25 đến 50.
- Mức độ nặng:  $SCORAD > 50$ [24].

- Dựa vào chỉ số EASI (Eczema Area and Severity Index)[23]:

Chỉ số EASI tập trung vào các dấu hiệu thực thể của bệnh tại 4 vùng cơ thể: đầu cổ, thân mình, chi trên và chi dưới. Các tính chất thương tổn gồm: hồng ban (E), phù nề/sần (I), vết xước (Ex), và lichen hóa (L) theo thang điểm 0 - 3. Tỷ lệ diện tích vùng da bệnh được quy đổi từ 0 - 6 tương tự như cách tính PASI.

EASI thay đổi từ 0 - 72. Trong các nghiên cứu lâm sàng, chỉ số EASI-75 (giảm 75% chỉ số EASI so với trước điều trị) thường được chọn làm tiêu chí đánh giá hiệu quả của các thuốc sinh học mới.

- Dựa theo diện tích bề mặt da cơ thể bị tổn thương (BSA)[4], [25]:

Trong thực hành hàng ngày, diện tích vùng da bệnh được ước tính bằng lòng bàn tay bệnh nhân (tương đương 1% diện tích cơ thể). Phân độ dựa trên BSA như sau:

- Mức độ nhẹ: BSA < 10%.
- Mức độ vừa: BSA từ 10 - 30%.
- Mức độ nặng: BSA > 30%.

- Chỉ số vIGA-AD (Validated Investigator Global Assessment for Atopic Dermatitis)[25]:

vIGA-AD là công cụ đánh giá tổng quát đơn giản gồm 5 mức độ (0 - 4): sạch (0), gần sạch (1), nhẹ (2), trung bình (3), và nặng (4). Đây là thang điểm tiêu chuẩn được các cơ quan quản lý như FDA và EMA yêu cầu phối hợp cùng EASI hoặc SCORAD để phê duyệt các liệu pháp điều trị mới cho viêm da cơ địa.

## 1.2.6: Chẩn đoán bệnh VDCD

### 1.2.6.1. Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng: Chẩn đoán viêm da cơ địa chủ yếu dựa vào các biểu hiện lâm sàng do chưa có xét nghiệm cận lâm sàng đặc hiệu đơn độc nào. Tiêu chuẩn vàng thường được áp dụng là tiêu chuẩn của Hanifin và Rajka (1980) hoặc tiêu chuẩn rút gọn của Williams (1994)[25].

- Các tiêu chuẩn chính: \* Ngứa (Pruritus) là triệu chứng bắt buộc.
  - Hình thái và vị trí thương tổn điển hình: Ở trẻ em là mặt duỗi các chi và mặt; ở người lớn là dày da, lichen hóa ở các nếp gấp đối xứng [26].
  - Viêm da mạn tính hoặc tái phát.
  - Tiền sử cá nhân hay gia đình có các bệnh cơ địa (hen phế quản,

viêm mũi dị ứng, viêm da cơ địa).

- Các tiêu chuẩn phụ: Khô da, tăng nồng độ IgE huyết thanh, tuổi khởi phát sớm, vảy cá, viêm kết mạc, dấu hiệu Dennie-Morgan (nếp lằn dưới mi mắt)[14], [25].

- Mô bệnh học: Hình ảnh thay đổi tùy theo giai đoạn của thương tổn:

- Giai đoạn cấp tính: Đặc trưng bởi hiện tượng xốp bào (spongiosis) – phù nề gian bào ở lớp gai thượng bì, có thể hình thành các bọt nước nhỏ trong thượng bì. Ở trung bì nông có sự thâm nhiễm mạnh mẽ của các tế bào viêm, chủ yếu là lympho bào, đại thực bào và đặc biệt là bạch cầu ái toan (eosinophil) tập trung quanh mạch máu.
- Giai đoạn mãn tính: Hiện tượng xốp bào giảm đi, thay vào đó là tình trạng tăng gai (acanthosis) đáng kể và kéo dài các mào thượng bì (nhưng không đều như vảy nến). Lớp sừng có hiện tượng dày sừng kèm theo á sừng khu trú. Ở trung bì, các mạch máu giãn rộng, vách mạch dày lên và thâm nhiễm viêm mạn tính bao quanh[27].

#### 1.2.6.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm da dầu (Seborrheic dermatitis): Thương tổn thường khu trú ở vùng giàu tuyến bã như da đầu, mặt, vùng giữa ngực và lưng. Vảy da màu mỡ, vàng, nền da đỏ nhưng ít ngứa hơn viêm da cơ địa [8].
- Viêm da tiếp xúc dị ứng: Thương tổn giới hạn ở vùng da tiếp xúc trực tiếp với dị nguyên, ranh giới thường rõ rệt. Cần khai thác tiền sử tiếp xúc và làm test áp da (patch test) để xác định.
- Bệnh ghẻ (Scabies): Ngứa dữ dội về đêm, có sản mụn nước ở các vị trí đặc trưng như kẽ ngón tay, nếp lằn cổ tay, quanh rốn và bộ phận sinh dục. Có dấu hiệu đường hầm và tìm thấy cái ghẻ khi soi vi kính.
- Vảy nến (Psoriasis): Thương tổn là dát đỏ ranh giới rất rõ, phủ vảy trắng bạc, dày, dễ bong. Vị trí ưu thế ở mặt duỗi (khủy tay, đầu gối) – ngược

lại với nếp gấp trong viêm da cơ địa. Cạo vảy Brocq dương tính.

- Viêm da thần kinh (Lichen simplex chronicus): Là một mảng da dày, lichen hóa rất rõ do thói quen cào gãi khu trú tại một vùng, ranh giới rõ, thường chỉ có một hoặc vài thương tổn đơn độc[4], [27].

### 1.3. Các phương pháp điều trị VDCD

#### 1.3.1: Chiến lược điều trị

Các hội nghị đồng thuận quốc tế (như EuroGuiDerm và GADA) đã thống nhất mục tiêu điều trị viêm da cơ địa là kiểm soát hoàn toàn hoặc gần như hoàn toàn các triệu chứng lâm sàng, đồng thời ngăn ngừa các đợt bùng phát cấp tính. Một phương pháp điều trị được xác định là có hiệu quả khi giúp bệnh nhân đạt được chỉ số EASI-75 (chỉ số EASI giảm 75% so với trước điều trị) hoặc giảm chỉ số SCORAD > 50%, đồng thời đưa chỉ số ảnh hưởng chất lượng cuộc sống (DLQI) xuống mức <5 [28]. Nếu một liệu pháp không giúp đạt được mức cải thiện tối thiểu EASI-50 sau thời gian đánh giá tiêu chuẩn, phương pháp đó thường được xem là không đạt mục tiêu điều trị. Mục tiêu tối ưu hiện nay hướng tới việc làm sạch tổn thương hoàn toàn hoặc gần như hoàn toàn đạt EASI-90 hoặc EASI-100, với thời gian đánh giá đáp ứng thường kéo dài từ 12-16 tuần, trong một số trường hợp nặng có thể lên đến 24 tuần[24].

Chiến lược điều trị viêm da cơ địa bao gồm hai giai đoạn chính:

- Giai đoạn tấn công (Điều trị phản ứng): Sử dụng các biện pháp kháng viêm tại chỗ (Corticosteroid, ức chế Calcineurin) hoặc điều trị toàn thân (thuốc ức chế miễn dịch cổ điển, thuốc sinh học) nhằm nhanh chóng kiểm soát tình trạng viêm, giảm ngứa và xóa sạch các thương tổn cấp tính.
- Giai đoạn duy trì (Điều trị chủ động): Tập trung vào việc giữ cho bệnh ổn định và ngăn chặn các đợt bùng phát mới thông qua liệu pháp "chủ động"

(proactive therapy) – bôi thuốc kháng viêm liều thấp định kỳ kết hợp với sử dụng dưỡng ẩm thường xuyên để phục hồi hàng rào bảo vệ da.

Tư vấn cho bệnh nhân và gia đình hiểu rõ bản chất mạn tính của viêm da cơ địa, cách chăm sóc da hàng ngày và các yếu tố kích ứng là chìa khóa then chốt để dự phòng bệnh. Hiện nay, tương tự như vẩy nến, chưa có phương pháp điều trị đặc hiệu để chữa khỏi hoàn toàn viêm da cơ địa. Tuy nhiên, việc vận dụng phác đồ cá thể hóa và phối hợp tốt các phương pháp điều trị hiện đại có thể duy trì trạng thái ổn định lâu dài, hạn chế tối đa các biến chứng và cải thiện đáng kể chất lượng cuộc sống cho người bệnh[29].

### **1.3.2: Điều trị tại chỗ**

Dựa trên cấu trúc và văn phong y khoa chuyên sâu từ đoạn trích về bệnh VDCD ,dưới đây là phần biên soạn tương ứng cho mục Điều trị tại chỗ của bệnh viêm da cơ địa(VDCD). Nội dung này tập trung vào các nhóm thuốc kinh điển cũng như cập nhật các liệu pháp hiện đại và sát trùng đặc thù[27], [29]:

#### *1.3.2.1. Nguyên tắc*

Thuốc điều trị tại chỗ là nền tảng trong quản lý bệnh viêm da cơ địa. Các liệu pháp này có thể được dùng đơn độc để kiểm soát bệnh ở mức độ nhẹ, hoặc phối hợp với các thuốc toàn thân và liệu pháp ánh sáng đối với các trường hợp mức độ vừa đến nặng nhằm tối ưu hóa hiệu quả và giảm thiểu tác dụng phụ.[3], [9]

#### *1.3.2.2. Các thuốc tại chỗ*

- **Chất dưỡng ẩm (Emollients):** Là liệu pháp hàng đầu và bắt buộc trong mọi giai đoạn của bệnh. Cơ chế tác dụng là phục hồi hàng rào bảo vệ da, giảm tình trạng mất nước qua thượng bì (TEWL) và ngăn chặn sự xâm nhập của các dị nguyên. Sử dụng dưỡng ẩm thường xuyên giúp giảm triệu chứng khô da, ngứa và hạn chế số lần sử dụng Corticoid.
- **Glucocorticoid:** Đây là nhóm thuốc kháng viêm được sử dụng rộng rãi

nhất để kiểm soát các đợt bùng phát cấp tính. Corticoid có 4 tác dụng chính: chống viêm, chống gián phân, ức chế miễn dịch và co mạch. Việc lựa chọn hoạt chất (nhẹ, vừa, mạnh hoặc rất mạnh) phải căn cứ vào độ tuổi, vị trí tổn thương (vùng da mỏng hay dày) và diện tích bề mặt da bị ảnh hưởng.

- Thuốc ức chế Calcineurin (Tacrolimus và Pimecrolimus): Thuộc nhóm macrolid lactone, có cơ chế ức chế chức năng calcineurin, từ đó ngăn chặn sự tổng hợp của các cytokine tiền viêm như IL-2. Ưu điểm nổi bật là không gây teo da, do đó thường được ưu tiên chỉ định cho các vùng da nhạy cảm như mặt, nếp gấp và dùng lâu dài cho trẻ em để thay thế Corticoid.
- Kali Permanganat (KMnO<sub>4</sub>): Là thuốc có tác dụng sát trùng, làm se và kháng khuẩn. KMnO<sub>4</sub> thường được sử dụng ở nồng độ pha loãng (thường là 1:10.000) dưới dạng ngâm hoặc đắp gạc cho các thương tổn có hiện tượng chảy dịch nhiều, trợt loét hoặc nghi ngờ bội nhiễm vi khuẩn (như Tụ cầu vàng) nhằm làm khô tổn thương và ngăn ngừa nhiễm trùng lan tỏa.
- Thuốc ức chế PDE4 (Crisaborole): Là một retinoid bôi ngoài không chứa steroid mới được áp dụng trong những năm gần đây. Cơ chế tác động thông qua việc ức chế enzyme phosphodiesterase 4 (PDE4), giúp làm giảm sản xuất các cytokine viêm. Thuốc thường dùng cho VDCD thể nhẹ đến trung bình ở người lớn và trẻ em trên 3 tháng tuổi.
- Dung dịch sát khuẩn và hồ bôi: Đối với giai đoạn cấp tính chảy dịch, ngoài KMnO<sub>4</sub>, các dung dịch như Jarish, nước muối sinh lý hoặc hồ nước cũng được sử dụng để làm sạch tổn thương và giảm phù nề gian bào [14], [27], [30].

### 1.3.3: Điều trị toàn thân

Thuốc điều trị toàn thân thường được chỉ định cho viêm da cơ địa mức độ vừa

và nặng, thường xác định khi chỉ số EASI > 16 (hoặc SCORAD > 50 và BSA > 10%)[22]. Tuy nhiên, các bệnh nhân có mức độ lâm sàng nhẹ hơn nhưng tổn thương khu trú ở các vùng nhạy cảm hoặc quan trọng về chức năng như mặt, bàn tay, vùng sinh dục, hoặc bệnh không kiểm soát được bằng thuốc tại chỗ và ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống (DLQI < 10)[31] vẫn được cân nhắc chỉ định. Các lựa chọn bao gồm thuốc ức chế miễn dịch không sinh học, thuốc sinh học và các thuốc phân tử nhỏ[4].

#### 1.3.3.1. Thuốc toàn thân không sinh học

- Cyclosporine A (CyA): Là tiêu chuẩn vàng trong điều trị hệ thống ngắn hạn cho AD mức độ nặng. Thuốc tác động bằng cách ức chế calcineurin, từ đó ngăn chặn sự hoạt hóa tế bào lympho T và ức chế sao chép các cytokine tiền viêm như IL-2 và INF. Liều khởi đầu thường từ 3-5 mg/kg/ngày chia làm 2 lần [3].
- Methotrexate (MTX): Là một chất đối kháng acid folic, có tác dụng ức chế tăng sinh tế bào viêm. MTX thường được chỉ định cho các trường hợp viêm da cơ địa mãn tính ở người lớn không đáp ứng với liệu pháp ánh sáng hoặc CyA, với liều duy trì từ 7,5-25 mg mỗi tuần [9].
- Azathioprine (AZA): Thuốc ức chế tổng hợp purin, làm giảm số lượng tế bào lympho T và B đang hoạt động. AZA là một lựa chọn thay thế hiệu quả cho những bệnh nhân không dung nạp với các thuốc ức chế miễn dịch khác[1], [4].

#### 1.3.3.2. Thuốc sinh học (Biological drugs)

Đây là nhóm thuốc kháng thể đơn dòng nhắm trúng đích vào các cytokine then chốt trong con đường viêm Th2 của bệnh viêm da cơ địa.

- Dupilumab: Là kháng thể đơn dòng hoàn toàn từ người chống lại tiểu đơn vị alpha của thụ thể IL-4 (IL-4R alpha), từ đó ức chế tín hiệu của cả IL-4 và IL-13. Đây là thuốc sinh học đầu tiên được FDA và EMA phê duyệt

cho AD mức độ vừa đến nặng, giúp cải thiện đáng kể chỉ số EASI và giảm ngứa nhanh chóng.

- Tralokinumab: Kháng thể đơn dòng gắn đặc hiệu và trung hòa cytokine IL-13, một yếu tố quan trọng gây ra tình trạng viêm và suy giảm hàng rào bảo vệ da trong AD [14].
- Nemolizumab: Kháng thể đơn dòng kháng thụ thể IL-31 (cytokine chính gây ra triệu chứng ngứa), được chỉ định đặc biệt cho những bệnh nhân có triệu chứng ngứa dữ dội không kiểm soát được.

#### 1.3.3.3. Các thuốc phân tử nhỏ

Nhóm thuốc này tác động vào các con đường truyền tin nội bào, chủ yếu là con đường JAK-STAT, giúp ức chế đồng thời nhiều cytokine viêm.

- Baricitinib: Thuốc ức chế chọn lọc Janus kinase (JAK)1 và JAK2 đường uống. Đây là thuốc ức chế JAK đầu tiên được cấp phép để điều trị viêm da cơ địa mức độ vừa và nặng ở người lớn.
- Upadacitinib: Chất ức chế chọn lọc JAK1 mạnh, cho thấy hiệu quả vượt trội trong việc làm sạch da và giảm ngứa so với các liệu pháp truyền thống trong các thử nghiệm pha III [14].
- Abrocitinib: Một thuốc ức chế chọn lọc JAK1 đường uống khác, được sử dụng 1 lần/ngày, giúp cải thiện nhanh chóng các triệu chứng lâm sàng ở cả người lớn và thanh thiếu niên.

#### 1.4. Điều trị với phương pháp ngâm tắm bằng thuốc tím



Hình 3: Thuốc tím  $\text{KMnO}_4$

##### 1.4.1. Dược lý và cơ chế tác dụng của Kali Pemanganat ( $\text{KMnO}_4$ )

Kali pemanganat là một hợp chất vô cơ có tính oxy hóa mạnh, được sử dụng rộng rãi trong da liễu với vai trò là chất sát trùng và làm se tại chỗ. Đối với bệnh viêm da cơ địa, đặc biệt là trong giai đoạn cấp tính có hiện tượng trợt loét và chảy dịch,  $\text{KMnO}_4$  đóng vai trò then chốt thông qua các cơ chế sau:

- Cơ chế kháng khuẩn: Khi tiếp xúc với các chất hữu cơ (như vi khuẩn, protein dịch tiết),  $\text{KMnO}_4$  bị khử và giải phóng oxy nguyên tử (nascent oxygen). Phản ứng oxy hóa này gây phá hủy trực tiếp màng tế bào và các enzyme thiết yếu của vi sinh vật, đặc biệt là Tụ cầu vàng (*Staphylococcus aureus*) – tác nhân thường xuyên làm trầm trọng thêm tình trạng viêm ở bệnh nhân viêm da cơ địa.
- Tác dụng làm se và giảm tiết : Thông qua việc làm kết tủa các protein tại vùng da tổn thương,  $\text{KMnO}_4$  tạo ra một lớp màng bảo vệ bề mặt, giúp làm khô nhanh các thương tổn đang chảy dịch , giảm phù nề gian bào và hỗ trợ quá trình biểu mô hóa.
- Tác dụng chống ngứa: Bằng cách làm sạch các mảnh vụn tế bào và giảm tải lượng vi khuẩn tại chỗ, liệu pháp ngâm tắm thuốc tím giúp giảm các

kích thích hóa học lên đầu mút thần kinh, từ đó gián tiếp làm giảm triệu chứng ngứa cho bệnh nhân.

### **Dược động học và cách thức ứng dụng:**

Khác với các thuốc dùng đường uống,  $\text{KMnO}_4$  chủ yếu tác dụng tại chỗ và không hấp thu đáng kể vào hệ tuần hoàn khi được sử dụng đúng nồng độ.

- Hấp thu và nồng độ: Hiệu quả của thuốc phụ thuộc hoàn toàn vào nồng độ pha loãng. Trong điều trị viêm da cơ địa, nồng độ khuyến cáo thường là 1:10.000 (tương ứng với màu hồng nhạt). Thuốc đạt trạng thái tác dụng ngay khi tiếp xúc với bề mặt da. Việc sử dụng nồng độ quá cao hoặc các tinh thể chưa hòa tan hoàn toàn có thể gây bỏng hóa chất và kích ứng mô.
- Chuyển hóa tại chỗ: Trong quá trình phản ứng với da và vi khuẩn,  $\text{KMnO}_4$  (màu tím) bị khử thành Mangan dioxide ( $\text{MnO}_2$ , màu nâu). Đây là lý do gây ra hiện tượng nhuộm màu nâu đặc trưng trên da và móng tay sau khi ngâm tẩm, tuy nhiên vết màu này sẽ tự bong ra cùng với lớp tế bào sừng sau vài ngày.

### **Thải trừ và an toàn:**

Do tính chất là liệu pháp dùng ngoài và tác động oxy hóa tiêu hao,  $\text{KMnO}_4$  không có quá trình chuyển hóa tại gan hay thải trừ qua thận như các thuốc toàn thân. Thuốc còn dư thừa trên bề mặt da sẽ được loại bỏ thông qua việc rửa sạch bằng nước hoặc tự phân hủy theo thời gian. Liệu pháp ngâm tẩm này được đánh giá là an toàn cho cả trẻ em và người lớn nếu tuân thủ đúng kỹ thuật pha loãng, giúp chuẩn bị một nền da sạch trước khi áp dụng các loại thuốc bôi kháng viêm như Corticoid hoặc thuốc ức chế Calcineurin.[14], [32]

#### **1.4.2: Chỉ định**

Viêm da cơ địa giai đoạn cấp tính hoặc bán cấp có hiện tượng trợt loét, chảy

dịch nhiều, hoặc hình thành vảy tiết trên diện rộng. Các trường hợp viêm da cơ địa có dấu hiệu bội nhiễm vi khuẩn (đặc biệt là Tụ cầu vàng - *Staphylococcus aureus*) hoặc nhiễm nấm thứ phát. Hỗ trợ điều trị các biến chứng nhiễm trùng lan tỏa như chàm thể tạng Kaposi nhằm làm sạch và sát trùng bề mặt thương tổn. Ngoài ra, liệu pháp còn được chỉ định như một bước chuẩn bị bề mặt da, giúp làm se và khô dịch tiết trước khi áp dụng các loại thuốc bôi kháng viêm khác[14].

### 1.4.3. Chống chỉ định

- Quá mẫn: Bệnh nhân có tiền sử dị ứng hoặc quá mẫn với Kali Permanganat hoặc bất kỳ thành phần nào khác có trong dung dịch thuốc tím.
- Tổn thương da khô mẫn tính: Không chỉ định cho các trường hợp viêm da cơ địa giai đoạn mạn tính với đặc điểm da cực kỳ khô, bong vảy nhiều hoặc đã có hiện tượng lichen hóa mà không có biểu hiện chảy dịch hoặc bội nhiễm [33]. Do tính chất làm se và hút ẩm mạnh,  $KMnO_4$  có thể làm trầm trọng thêm tình trạng nứt nẻ và khô da ở những đối tượng này.
- Vị trí nhạy cảm: Tránh sử dụng hoặc tiếp xúc trực tiếp dung dịch lên các vùng niêm mạc, hốc tự nhiên như mắt, miệng, hoặc bộ phận sinh dục nếu không có chỉ định chuyên biệt, do nguy cơ gây kích ứng và bỏng hóa chất nhẹ.
- Tổn thương hờ sâu: Không dùng ngâm tắm cho các vết thương hờ quá sâu hoặc diện tích mất da quá lớn có nguy cơ gây nhiễm độc mangan hệ thống hoặc làm tổn thương mô hạt đang trong quá trình lành thương.
- Thận trọng đặc biệt: Không sử dụng các tinh thể thuốc tím chưa hòa tan hoàn toàn trực tiếp lên bề mặt da vì có thể gây bỏng ăn mòn tại chỗ. Liệu pháp này cần được giám sát chặt chẽ ở trẻ em để tránh nguy cơ nuốt phải dung dịch[14].

#### 1.4.4: Thận trọng

Kali pemanganat có tính oxy hóa và nhuộm màu rất mạnh. Với bệnh nhân viêm da cơ địa, đặc biệt là trường hợp có chàm phản ứng, việc sử dụng  $\text{KMnO}_4$  chỉ nên thực hiện khi người bệnh hoặc người chăm sóc đáp ứng đủ các điều kiện sau: Tổn thương có hiện tượng chảy dịch hoặc bội nhiễm cần thiết phải sát khuẩn; Có khả năng nhận thức được tầm quan trọng của việc pha loãng đúng nồng độ để tránh bỏng hóa chất; Tuân thủ quy trình ngâm tắm và làm sạch sau khi sử dụng. Cần đảm bảo nồng độ dung dịch đạt mức 1:10.000 (tương ứng với màu hồng nhạt); nếu nồng độ quá đậm (màu tím sẫm), thuốc có thể gây kích ứng mô, bỏng loét hoặc tổn thương sâu hơn.

Cần cân nhắc lợi ích và nguy cơ khi sử dụng  $\text{KMnO}_4$  cho người bệnh có làn da quá khô, nứt nẻ sâu hoặc đang trong giai đoạn lichen hóa nặng mà không có dịch tiết, vì thuốc có tác dụng làm se mạnh có thể khiến tình trạng khô da trầm trọng hơn. Trong trường hợp chàm phản ứng, cần đặc biệt theo dõi ổ tổn thương sơ cấp (nơi khởi phát viêm/nhiễm trùng). Khi ổ sơ cấp được kiểm soát bằng  $\text{KMnO}_4$ , các phản ứng thứ phát ở xa thường sẽ thuyên giảm theo. Cần theo dõi tình trạng da sau mỗi lần ngâm tắm: nếu xuất hiện hiện tượng đỏ rát tăng lên hoặc sưng nề, cần tạm ngừng thuốc và kiểm tra lại nồng độ pha chế.

Dung dịch  $\text{KMnO}_4$  sẽ nhuộm màu nâu đặc trưng lên da, móng tay và cả các dụng cụ ngâm tắm. Người bệnh cần được tư vấn trước rằng đây là hiện tượng bình thường và vết màu sẽ tự bong tróc theo chu kỳ thay thế tế bào sừng. Tuy nhiên, cần tránh để dung dịch bắn vào mắt vì có thể gây tổn thương giác mạc nghiêm trọng. Đối với trẻ em mắc viêm da cơ địa, việc ngâm tắm phải có sự giám sát tuyệt đối của người lớn để tránh nguy cơ trẻ nuốt phải dung dịch. Liệu pháp này thường được chỉ định trong giai đoạn cấp tính từ 3 đến 7 ngày, không khuyến cáo sử dụng kéo dài quá mức khi tổn thương đã khô để tránh gây rối loạn hàng rào lipid của da.

Hội Da liễu Việt Nam và các tài liệu kiểm soát viêm da cơ địa cũng đưa ra khuyến cáo về các bước kiểm tra lâm sàng cần thực hiện trong quá trình điều trị bằng ngâm tẩm thuốc tím[4], [14].

Chỉ số theo dõi	Thời gian (tuần)				
	Trước điều trị	Ngày 3	Ngày 7	Ngày 10	Sau điều trị
Mức độ chảy dịch/trợt loét					
Tình trạng bội nhiễm (vảy tiết vàng)					
Mức độ khô da/nứt nẻ					
Kích thước tổn thương chàm phản ứng					
Màu sắc da (mức độ nhuộm thuốc)					

Bảng 1.1: Các chỉ số theo dõi lâm sàng khi sử dụng liệu pháp ngâm tẩm KMnO<sub>4</sub>

### 1.4.5: Tác dụng không mong muốn của thuốc tím

Trong các ứng dụng lâm sàng điều trị viêm da cơ địa và các bệnh da có dịch tiết, tỉ lệ người bệnh gặp các phản ứng tại chỗ khá phổ biến nếu không tuân thủ đúng quy trình pha loãng.

Rất hay gặp,  $ADR > 10/100$ :

- Da và móng: Nhuộm màu da và móng: Đây là tác dụng phụ phổ biến nhất do sự hình thành Mangan dioxide ( $MnO_2$ ) khi  $KMnO_4$  bị khử. Da và móng tay thường chuyển sang màu nâu hoặc nâu đen tạm thời.
  - Khô da: Do đặc tính làm se và hút ẩm mạnh, thuốc thường gây ra tình trạng da khô ráp sau khi ngâm tắm.
- Triệu chứng tại chỗ: Cảm giác châm chích hoặc rát nhẹ ngay khi tiếp xúc với dung dịch, đặc biệt tại các vùng da có vết trợt loét hoặc nứt nẻ [6], [14].

Thường gặp,  $1/100 < ADR < 10/100$ :

- Da - niêm mạc:
  - Bong tróc da: Hiện tượng tróc vảy sau khi các thương tổn chảy dịch đã khô lại.
  - Kích ứng da: Đỏ da hoặc cảm giác nóng rát kéo dài sau khi tắm.
  - Nhuộm màu vật dụng: Thuốc gây ố vàng hoặc nâu khó tẩy rửa trên quần áo, khăn tắm và bồn tắm.
- Triệu chứng chủ quan: Ngứa tăng lên (paradoxical pruritus) do tình trạng khô da quá mức sau khi ngâm.

Ít gặp,  $ADR < 1/100$ :

- Tổn thương nặng:
  - Bỏng hóa chất: Xảy ra khi sử dụng nồng độ quá đậm đặc hoặc các tinh thể  $KMnO_4$  chưa hòa tan hết tiếp xúc trực tiếp với da.

- Loét da: Các thương tổn trợt nông có thể tiến triển thành loét nếu bị kích ứng mạnh bởi nồng độ thuốc cao.
- Hệ hô hấp: Kích ứng niêm mạc mũi và đường hô hấp nếu hít phải bụi tinh thể trong quá trình pha thuốc.
- Toàn thân:
  - Nhiễm độc Mangan: Rất hiếm gặp, chỉ xảy ra khi ngâm tẩm trên diện tích da hở quá lớn trong thời gian dài hoặc do nuốt phải dung dịch (đặc biệt ở trẻ em).
  - Phản ứng quá mẫn: Viêm da tiếp xúc dị ứng với thuốc tím.

#### **1.4.6: Liều lượng và cách dùng**

Cách dùng:  $\text{KMnO}_4$  được sử dụng dưới dạng dung dịch pha loãng để ngâm toàn thân, tẩm hoặc đắp gạc tại chỗ lên vùng da tổn thương. Tuyệt đối không để tinh thể hoặc thuốc viên chưa hòa tan tiếp xúc trực tiếp với da hoặc niêm mạc vì có thể gây bỏng hóa chất nghiêm trọng. Các tinh thể thuốc tím nên được hòa tan hoàn toàn trong một bình nhỏ trước khi đổ vào bồn tẩm hoặc chậu ngâm để đảm bảo nồng độ đồng nhất [6], [14].

Liều lượng (Nồng độ): Đối với viêm da cơ địa và chàm phản ứng giai đoạn cấp tính, nồng độ tiêu chuẩn được khuyến cáo là 1:10.000 (tương ứng với màu hồng nhạt).

- Giai đoạn tấn công (Tổn thương chảy dịch nhiều/Bội nhiễm): Ngâm tẩm 1 lần/ngày, thời gian mỗi lần từ 10 - 15 phút. Đối với tổn thương khu trú hoặc chàm phản ứng ở chi, có thể áp dụng đắp gạc tẩm dung dịch 2 - 3 lần/ngày, mỗi lần 15 - 20 phút để làm se thương tổn nhanh hơn.
- Giai đoạn duy trì: Khi các tổn thương đã khô và vảy tiết bắt đầu bong, tần suất có thể giảm xuống 2 - 3 lần/tuần hoặc ngừng hẳn để chuyển sang các liệu pháp dưỡng ẩm và kháng viêm tại chỗ khác nhằm tránh gây khô da

quá mức.

Trẻ em:  $\text{KMnO}_4$  là liệu pháp an toàn và hiệu quả cho trẻ em mắc viêm da cơ địa khi có sự theo dõi chặt chẽ của người chăm sóc và bác sĩ chuyên khoa.

- Trẻ nhũ nhi và trẻ nhỏ: Nồng độ vẫn đảm bảo mức 1:10.000. Cần đặc biệt lưu ý tránh để trẻ nuốt phải nước tắm hoặc để dung dịch bắn vào mắt.
- Thời gian ngâm tắm: Không nên quá 10 phút để tránh làm mất lớp lipid tự nhiên trên da trẻ. Sau khi tắm, cần thấm khô da nhẹ nhàng và bôi kem dưỡng ẩm ngay lập tức (quy tắc 3 phút) để khóa ẩm.

Người cao tuổi: Sử dụng liều lượng và cách dùng như người lớn thông thường. Tuy nhiên, do da người cao tuổi thường mỏng và khô hơn, cần theo dõi sát các dấu hiệu kích ứng hoặc khô da thứ phát sau khi ngâm tắm để điều chỉnh tần suất sử dụng phù hợp.

#### **1.4.7: Tương tác thuốc**

Các chất khử và hợp chất hữu cơ: Kali permanganat tương kỵ với hầu hết các chất khử và các hợp chất hữu cơ dễ bị oxy hóa như đường, glycerin, rượu (ethanol) và các tinh dầu. Khi tiếp xúc, các chất này sẽ nhanh chóng làm khử  $\text{KMnO}_4$  thành Mangan dioxide ( $\text{MnO}_2$ ), khiến dung dịch chuyển từ màu tím sang màu nâu và làm mất hoàn toàn hiệu quả sát trùng [6], [14].

Corticosteroid và thuốc ức chế Calcineurin tại chỗ: Tránh pha trộn trực tiếp các hoạt chất kháng viêm hữu cơ này vào dung dịch ngâm tắm thuốc tím. Quá trình oxy hóa mạnh mẽ có thể làm biến đổi cấu trúc phân tử và làm mất hoạt tính điều trị của thuốc. Khuyến cáo nên thực hiện liệu pháp ngâm tắm trước, lau khô da, sau đó mới áp dụng các loại thuốc bôi kháng viêm để đạt hiệu quả tối ưu.

Các chất sát trùng khác (Iodine, Oxy già): Không phối hợp đồng thời với các dung dịch sát khuẩn chứa Iod hoặc Hydrogen peroxide (Oxy già). Tương tác hóa học giữa các chất oxy hóa này có thể giải phóng nhiệt hoặc tạo ra các sản

ứng trung hòa, gây kích ứng da nghiêm trọng và mất tác dụng sát khuẩn tại chỗ.

Xà phòng và chất tẩy rửa: Một số thành phần trong xà phòng có thể tương tác với  $\text{KMnO}_4$ , làm thay đổi độ pH của dung dịch và giảm khả năng diệt khuẩn đối với Tụ cầu vàng. Bệnh nhân được khuyên nên làm sạch da bằng nước thường hoặc sữa tắm dịu nhẹ trước khi thực hiện ngâm tắm thuốc tím.

Dụng cụ bằng kim loại: Dung dịch  $\text{KMnO}_4$  có khả năng ăn mòn và làm ố màu các dụng cụ chứa bằng kim loại. Trong quá trình pha chế và ngâm tắm, nên sử dụng vật dụng bằng nhựa, gốm sứ hoặc tráng men để đảm bảo độ tinh khiết của dung dịch và tránh các phản ứng phụ hóa học không mong muốn.

### ***1.5. Một số nghiên cứu về điều trị VDCD với phương pháp ngâm tắm thuốc tím***

#### **1.5.1: Trên thế giới**

Việc sử dụng thuốc tím (Kali permanganat  $\text{KMnO}_4$ ) trong da liễu đã có lịch sử lâu đời, được khởi xướng từ thế kỷ 19 và cho đến nay vẫn giữ vai trò quan trọng trong các hướng dẫn điều trị (guidelines) của các hiệp hội da liễu uy tín trên thế giới như Hiệp hội Da liễu Anh quốc (BAD) hay Viện Hàn lâm Da liễu Hoa Kỳ (AAD) [14], [34].

Nhiều nghiên cứu quốc tế đã khẳng định hiệu quả của thuốc tím trong việc kiểm soát các bệnh lý da có rỉ dịch và nhiễm khuẩn. Điển hình là các nghiên cứu so sánh cho thấy nồng độ 1:10.000 có khả năng tiêu diệt *Staphylococcus aureus* và *Pseudomonas aeruginosa* hiệu quả mà không gây độc tế bào sừng [35]. Một số thử nghiệm lâm sàng cũng chỉ ra rằng việc kết hợp ngâm tắm thuốc tím giúp giảm đáng kể mức độ nặng của bệnh (giảm chỉ số SCORAD) và giảm nhu cầu sử dụng corticoid bôi ở bệnh nhân chàm bội nhiễm.

Tuy nhiên, các nghiên cứu này cũng chỉ ra sự thiếu thống nhất về quy trình chuẩn (thời gian ngâm, tần suất) giữa các cơ sở y tế, dẫn đến hiệu quả lâm sàng

có sự dao động. Điều này đặt ra yêu cầu cần có các đánh giá thực tế tại từng môi trường điều trị cụ thể.

### **1.5.2: Tại Việt Nam**

Tại Việt Nam, thuốc tím là một loại thuốc thiết yếu và được sử dụng rộng rãi tại các bệnh viện tuyến trung ương như Bệnh viện Da liễu Trung ương hay Bệnh viện Da liễu TP. Hồ Chí Minh trong điều trị chàm cấp tính, chốc lở và các bệnh da có bọt nước [14], [32], [19], [36].

Mặc dù được ứng dụng thường quy, nhưng phần lớn các nghiên cứu trong nước hiện nay tập trung nhiều vào các liệu pháp công nghệ cao (sinh học, laser) hoặc đánh giá hiệu quả của các thuốc bôi thể hệ mới [36]. Các công trình nghiên cứu chuyên sâu, bài bản nhằm đánh giá độc lập hiệu quả rút ngắn thời gian điều trị, riêng phương pháp ngâm tắm thuốc tím so với chăm sóc thông thường vẫn còn hạn chế, đặc biệt là tại các đơn vị tuyến tỉnh.

### **1.5.3. Tình hình thực tế tại Bệnh viện Da liễu Bắc Ninh**

Tại Bệnh viện Da liễu Bắc Ninh, mô hình bệnh tật cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nhập viện do Chàm phản ứng và Viêm da cơ địa bội nhiễm chiếm tỷ trọng lớn. Trước đây, việc điều trị chủ yếu dựa vào kháng sinh toàn thân, thuốc bôi tại chỗ và vệ sinh bằng nước muối sinh lý. Quy trình này đôi khi gặp khó khăn đối với những trường hợp tổn thương rỉ dịch diện rộng, làm kéo dài thời gian nằm viện do vết thương chậm khô [14], [32].

Trong thời gian gần đây (từ năm 2025), Bệnh viện đã bắt đầu triển khai áp dụng kỹ thuật ngâm tắm thuốc tím như một liệu pháp hỗ trợ điều trị quy chuẩn cho nhóm bệnh nhân này. Ghi nhận lâm sàng ban đầu cho thấy những tín hiệu rất khả quan: tổn thương se khô nhanh chóng, giảm ngứa rõ rệt và thời gian điều trị nội trú có xu hướng rút ngắn.

Tuy nhiên, việc triển khai này mới chỉ dừng lại ở bước đầu áp dụng và đánh giá dựa trên kinh nghiệm lâm sàng. **Chưa có bất kỳ công trình nghiên cứu khoa học cấp cơ sở nào tại Bắc Ninh** được thực hiện để đánh giá một cách định lượng, khách quan và toàn diện về hiệu quả cũng như tính an toàn của phương pháp này. Do đó, việc thực hiện đề tài "*Đánh giá kết quả điều trị viêm da cơ địa thể chàm phản ứng bằng phương pháp ngâm tắm thuốc tím*" là hết sức cấp thiết, nhằm cung cấp bằng chứng khoa học thực tiễn để xây dựng phác đồ điều trị chuẩn hóa tại đơn vị.

## Chương 2: Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

### 2.1: Đối tượng và vật liệu nghiên cứu

#### 2.1.1: Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu của đề tài bao gồm các bệnh nhân được chẩn đoán Viêm da cơ địa, đáp ứng đầy đủ các tiêu chí lựa chọn và không thuộc các tiêu chí loại trừ dưới đây:

##### *Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân*

- Về chẩn đoán và địa điểm: Bệnh nhân không phân biệt lứa tuổi và giới tính, được chẩn đoán xác định Viêm da cơ địa (thể chàm phản ứng) theo tiêu chuẩn của Hanifin và Rajka hoặc quy định chuyên môn hiện hành; có chỉ định điều trị nội trú tại các khoa lâm sàng thuộc Bệnh viện Da liễu Bắc Ninh.
- Về thời gian: Các trường hợp nhập viện trong khoảng thời gian tiến hành nghiên cứu, từ tháng 03/2026 đến tháng 08/2026.
- Về đặc điểm lâm sàng: Chỉ lựa chọn bệnh nhân đang trong đợt bùng phát cấp tính hoặc bán cấp, thương tổn có biểu hiện rỉ dịch (oozing), trợt loét, xuất hiện vảy tiết hoặc vảy mũ (dấu hiệu viêm cấp và nguy cơ bội nhiễm *Staphylococcus aureus*).
- Về tính pháp lý và tuân thủ: Bệnh nhân (hoặc người giám hộ hợp pháp) được giải thích rõ mục đích nghiên cứu, đồng ý tuân thủ phác đồ điều trị nội trú (bao gồm quy trình ngâm tắm) và ký phiếu đồng thuận tham gia nghiên cứu y sinh học.

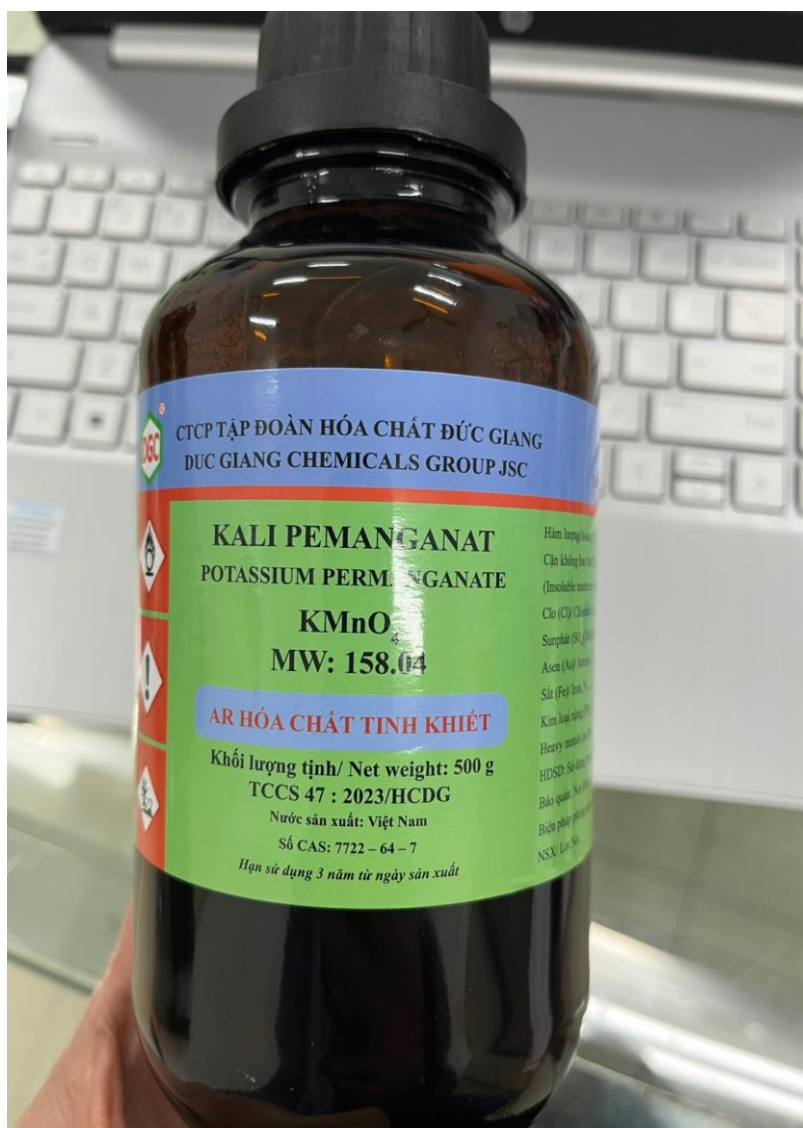
##### *Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân*

- Phản ứng với thuốc: Những trường hợp bệnh nhân có tiền sử dị ứng hoặc kích ứng với thuốc tím ( $\text{KMnO}_4$ ).
- Trạng thái bệnh không phù hợp: Bệnh nhân viêm da cơ địa chỉ ở giai đoạn mạn tính đơn thuần với các thương tổn khô, dày sừng, liken hóa không có chỉ định ngâm tắm.

- Bệnh lý kết hợp: Bệnh nhân mắc kèm các bệnh lý toàn thân nặng (như suy tim, suy thận, suy gan...) để tránh các yếu tố gây nhiễu làm sai lệch kết quả đánh giá về thời gian nằm viện.

Quá trình điều trị: Các trường hợp tự ý bỏ điều trị hoặc không tuân thủ đủ liệu trình ngâm tẩm theo quy định của nghiên cứu.

### 2.1.2: Vật liệu nghiên cứu



Hình 4: Mẫu Kali pemanganat ( $KMnO_4$ ) đóng chai 500g (NSX: Đức Giang)

#### Chi tiết thuốc:

Công ty sản xuất : Công ty Cổ phần Tập đoàn Hoá chất Đức Giang

- Xuất xứ : Việt nam
- Dạng bào chế : Hóa chất tinh khiết dạng rắn ( tinh thể / bột )
- Số đăng ký :
- Tiêu chuẩn cơ sở : TCCS 47:2023/HCDG
- Thành phần chính : Kali pemanganat ( Potassium permanganate)-  
KMnO4
- Tên thương mại : Kali pemanganat AR- Hoá chất tinh khiết.

## 2.2: Phương pháp nghiên cứu

### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Mục tiêu 1: Tiên cứu, thử nghiệm lâm sàng tự so sánh trước - sau: Đánh giá kết quả điều trị VDCD có chàm phản ứng bằng liệu pháp ngâm tẩm thuốc tím - Kali Pemanganat (KMnO4)[37].
- Mục tiêu 2: Tiên cứu, mô tả cắt ngang: Khảo sát một số yếu tố liên quan và đặc điểm lâm sàng của bệnh viêm da cơ địa (VDCD) thể chàm phản ứng .

### 2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- a. Công thức tính cỡ mẫu** Cỡ mẫu được xác định theo công thức tính cỡ mẫu cho thiết kế nghiên cứu can thiệp so sánh hai trị số trung bình (trước và sau điều trị):

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 \cdot \sigma^2}{\Delta^2}$$

Trong đó:

- **n**: Cỡ mẫu tối thiểu cần thiết.
- $Z_{1-\alpha/2}$ : Trị số từ bảng phân phối chuẩn tương ứng với mức ý nghĩa thống kê  $\alpha$ . Với  $\alpha = 0.05$  (độ tin cậy 95%),  
 $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$ .

- $Z_{1-\beta}$  : Trị số tương ứng với lực lượng mẫu (Power).  
Chọn Power = 80% ( $\beta = 0.2$ ),  $Z_{1-\beta} = 0.84$ .
- $\sigma$ : Độ lệch chuẩn của sự khác biệt điểm lâm sàng (SCORAD) trước và sau điều trị. (Giá trị này được tham khảo từ các nghiên cứu tương tự hoặc nghiên cứu thử nghiệm, dự kiến  $\sigma = \dots$ ).
- $\Delta$ : Sự khác biệt trung bình của điểm lâm sàng trước và sau điều trị mà nghiên cứu mong muốn đạt được (Dự kiến  $\Delta = \dots$ )

**b. Phương pháp chọn mẫu**

- **Cách thức chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.
- **Quy trình:** Trong thời gian triển khai nghiên cứu tại Bệnh viện Da liễu Bắc Ninh năm 2026, tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán Viêm da cơ địa/Chàm phản ứng mức độ vừa và nặng, đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ sẽ được mời tham gia vào nghiên cứu cho đến khi đạt đủ cỡ mẫu dự kiến.

### **2.2.3. Các bước tiến hành**

- Khám lâm sàng, xác định tổn thương sơ cấp và các vị trí chàm phản ứng.
- Tuyển chọn bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nhóm nghiên cứu.
- Thu thập thông tin vào bệnh án nghiên cứu (tiền sử cơ địa, thời gian khởi phát, đặc điểm thương tổn).
- Lấy mẫu xét nghiệm lần 1: Công thức máu (chú trọng bạch cầu ái toan)
- Tiến hành điều trị: Thời gian theo dõi chính trong 2 tuần.
- Đánh giá kết quả điều trị: Sau 3 -7 -10 ngày.
- Thu thập và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y học [4], [14].

Quy trình điều trị:

- Liệu pháp ngâm tẩm: Sử dụng dung dịch Kali Permanganat (KMnO<sub>4</sub>) nồng độ pha loãng 1:10.000 (màu hồng nhạt) [34], [37].
  - Ngâm tẩm toàn thân hoặc vùng chi bị bệnh 1 lần/ngày.
  - Thời gian: 10 - 15 phút/lần.
- Phối hợp điều trị:
  - Sử dụng kem dưỡng ẩm (emollients) ngay sau khi tẩm (quy tắc 3 phút).
  - Thuốc bôi kháng viêm (Corticosteroid hoặc ức chế Calcineurin) tại các vùng da đã khô dịch[34], [37].
- Chi phí: Các chi phí về thuốc và xét nghiệm được thực hiện theo quy định của BHYT và hỗ trợ từ quỹ nghiên cứu của đề tài.

#### **2.2.4. Biến số, chỉ số nghiên cứu (*xem lại mục tiêu 1 và 2*)**

Mục tiêu 1: Kết quả điều trị bằng liệu pháp ngâm tẩm KMnO<sub>4</sub>

- Kết quả lâm sàng:
  - Sự thay đổi chỉ số SCORAD/EASI qua các mốc 1, 2, 4 tuần.
  - Thời gian hết chảy dịch và khô tổn thương (đặc biệt tại ổ sơ cấp).
  - Mức độ giảm ngứa theo thang điểm VAS (0-10).
  - Tỷ lệ sạch tổn thương (EASI-75, EASI-90).
- Kết quả cận lâm sàng: Thay đổi số lượng bạch cầu ái toan và nồng độ IgE sau điều trị (nếu có điều kiện làm lại).
- Sự hài lòng của người bệnh: Rất hài lòng, hài lòng, không hài lòng.
- Tác dụng không mong muốn:
  - Mức độ nhuộm màu da và móng.
  - Tình trạng khô da, kích ứng hoặc nóng rát sau tẩm.
  - Tính tiện dụng và tuân thủ quy trình pha loãng thuốc tại nhà.

## Mục tiêu 2: Một số yếu tố liên quan và đặc điểm lâm sàng

- Đặc điểm chung: Tuổi đời, giới tính, nghề nghiệp, chỉ số BMI.
- Tiền sử: Tiền sử cá nhân và gia đình mắc các bệnh cơ địa (hen, viêm mũi dị ứng).
- Đặc điểm lâm sàng VDCD: Vị trí ổ tổn thương sơ cấp.
  - Hình thái thương tổn (cấp tính chảy dịch, bán cấp, hay mạn tính).
  - Mức độ bệnh theo chỉ số SCORAD hoặc EASI.
- Đặc điểm chàm phản ứng:
  - Vị trí xuất hiện (đối xứng, xa ổ sơ cấp).
  - Hình thái (sẩn mụn nước nhỏ, dạng đồng tiền).
  - Liên quan giữa tình trạng bội nhiễm tại ổ sơ cấp và mức độ lan tỏa của chàm phản ứng.

### 2.2.5. Các kỹ thuật dùng trong nghiên cứu

#### 2.2.5.1. Xác định mức độ bệnh viêm da cơ địa và chàm phản ứng

Mức độ nặng của viêm da cơ địa được xác định dựa trên chỉ số SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis)[1], [14], đây là công cụ đánh giá toàn diện nhất kết hợp giữa diện tích, cường độ thương tổn và triệu chứng chủ quan.

Cách tính SCORAD:

$$SCORAD = \frac{A}{5} + \frac{7B}{2} + C$$

Trong đó:

- A (Diện tích - Area): Tính theo quy tắc số 9 (đầu mặt 9%, thân trước 18%, thân sau 18%, mỗi tay 9%, mỗi chân 18%, sinh dục 1%). Điểm A từ 0 đến 100.
- B (Cường độ - Intensity): Đánh giá 6 triệu chứng thực thể: (1) Hồng ban, (2) Phù nề/sẩn, (3) Chảy dịch/đóng vảy, (4) Vết xước, (5) Lichen hóa, (6)

Da khô. Mỗi triệu chứng được chấm từ 0 đến 3 điểm:

- 0: Không có
  - 1: Nhẹ
  - 2: Trung bình
  - 3: Nặng
- C (Triệu chứng chủ quan): Bệnh nhân tự đánh giá mức độ Ngứa và Mát ngứa trên thang điểm VAS từ 0 đến 10 cho mỗi tiêu chí (tổng điểm C tối đa là 20).

Phân độ mức độ nặng theo SCORAD:

- Mức độ nhẹ: SCORAD < 25.
- Mức độ vừa: SCORAD từ 25 đến 50.
- Mức độ nặng: SCORAD > 50.

Đối với chàm phản ứng, nghiên cứu ghi nhận sự thay đổi về số lượng vị trí xuất hiện và mức độ thuyên giảm các sản mụn nước tại các vùng da xa ổ sơ cấp sau khi ổ sơ cấp được làm sạch bằng KMnO<sub>4</sub>.

#### 2.2.5.2. Đánh giá kết quả điều trị

Kết quả điều trị lâm sàng được tính bằng phần trăm giảm chỉ số SCORAD [7], [14] theo công thức:

$\% \text{ giảm SCORAD} = \text{SCORAD trước điều trị} - \text{SCORAD sau điều trị}$

Kết quả được chia làm 5 mức độ để đánh giá hiệu quả của liệu pháp ngâm tắm thuốc tím:

- Rất tốt: SCORAD giảm 100% (Sạch tổn thương hoàn toàn).
- Tốt: SCORAD giảm 75% - 99%
- Khá: SCORAD giảm 50% - < 75%.
- Vừa: SCORAD giảm 25% - < 50%.

- Kém, không kết quả: SCORAD giảm  $< 25\%$ .

### 2.2.6: Xử lý số liệu

Mã hóa và nhập liệu: Toàn bộ số liệu thu thập được từ bệnh án nghiên cứu (đặc điểm lâm sàng, chỉ số SCORAD, diện tích tổn thương chàm phản ứng) sẽ được mã hóa, nhập vào máy tính và xử lý bằng phần mềm thống kê chuyên dụng SPSS 22.0 (hoặc phiên bản mới hơn tùy điều kiện thực tế).

Các thuật toán thống kê sử dụng trong nghiên cứu:

- Thống kê mô tả: Đối với các biến định tính (giới tính, nghề nghiệp, tiền sử gia đình, mức độ hài lòng): Tính tần suất và tỷ lệ phần trăm (%).
  - Đối với các biến định lượng (tuổi, thời gian mắc bệnh, chỉ số SCORAD/EASI): Tính giá trị trung bình ( $\bar{X}$ ) và độ lệch chuẩn (SD).
- So sánh các tỷ lệ: Sử dụng phép kiểm chi (Chi-square) để đánh giá sự khác biệt của các biến định tính; trong trường hợp có ô có tần số lý thuyết nhỏ hơn 5, sử dụng phép kiểm chính xác Fisher (Fisher's exact test).
- So sánh các trị số trung bình:
  - Đối với các biến số định lượng có phân phối chuẩn: Sử dụng phép kiểm T-test cặp (Paired T-test) để so sánh hiệu quả lâm sàng (chỉ số SCORAD, mức độ ngứa VAS) của chính bệnh nhân trước và sau khi ngâm tắm  $\text{KMnO}_4$ .
  - Đối với các biến số có phân phối không chuẩn: Sử dụng phép kiểm Wilcoxon hoặc Mann-Whitney để kiểm định sự khác biệt.
- Đánh giá sự khác biệt: Kết quả được coi là có ý nghĩa thống kê khi giá trị  $p < 0,05$ .

### 2.3: Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại các khoa lâm sàng điều trị nội trú thuộc Bệnh viện Da liễu Bắc Ninh.

Thời gian nghiên cứu :

Toàn bộ quá trình nghiên cứu được thực hiện từ tháng 01/2026 đến tháng 09/2026, phân chia theo các giai đoạn cụ thể như sau:

- Giai đoạn 1 (Tháng 01/2026): Hoàn thiện đề cương, đăng ký nhiệm vụ khoa học và thông qua Hội đồng khoa học kỹ thuật cơ sở. Chuẩn bị bệnh án nghiên cứu, tập huấn thống nhất quy trình ngâm tẩm và cách đánh giá thang điểm cho đội ngũ nghiên cứu viên.
- Giai đoạn 2 (Tháng 03/2026 – Tháng 08/2026): Triển khai can thiệp lâm sàng, thu thập số liệu trên bệnh nhân, và thực hiện báo cáo tiến độ/giám sát giữa kỳ vào tháng 06/2026 theo quy định của Sở Y tế.
- Giai đoạn 3 (Tháng 09/2026): Nhập liệu, làm sạch và xử lý số liệu thống kê. Viết báo cáo tổng kết, hoàn thiện hồ sơ và nộp về Hội đồng Khoa học kỹ thuật ngành Y tế trước ngày 15/09/2026 để tổ chức nghiệm thu.

#### **2.4: Đạo đức trong nghiên cứu:**

Nghiên cứu chỉ được tiến hành được sự đồng thuận của Hội đồng đạo đức Bệnh viện Da liễu Bắc Ninh.

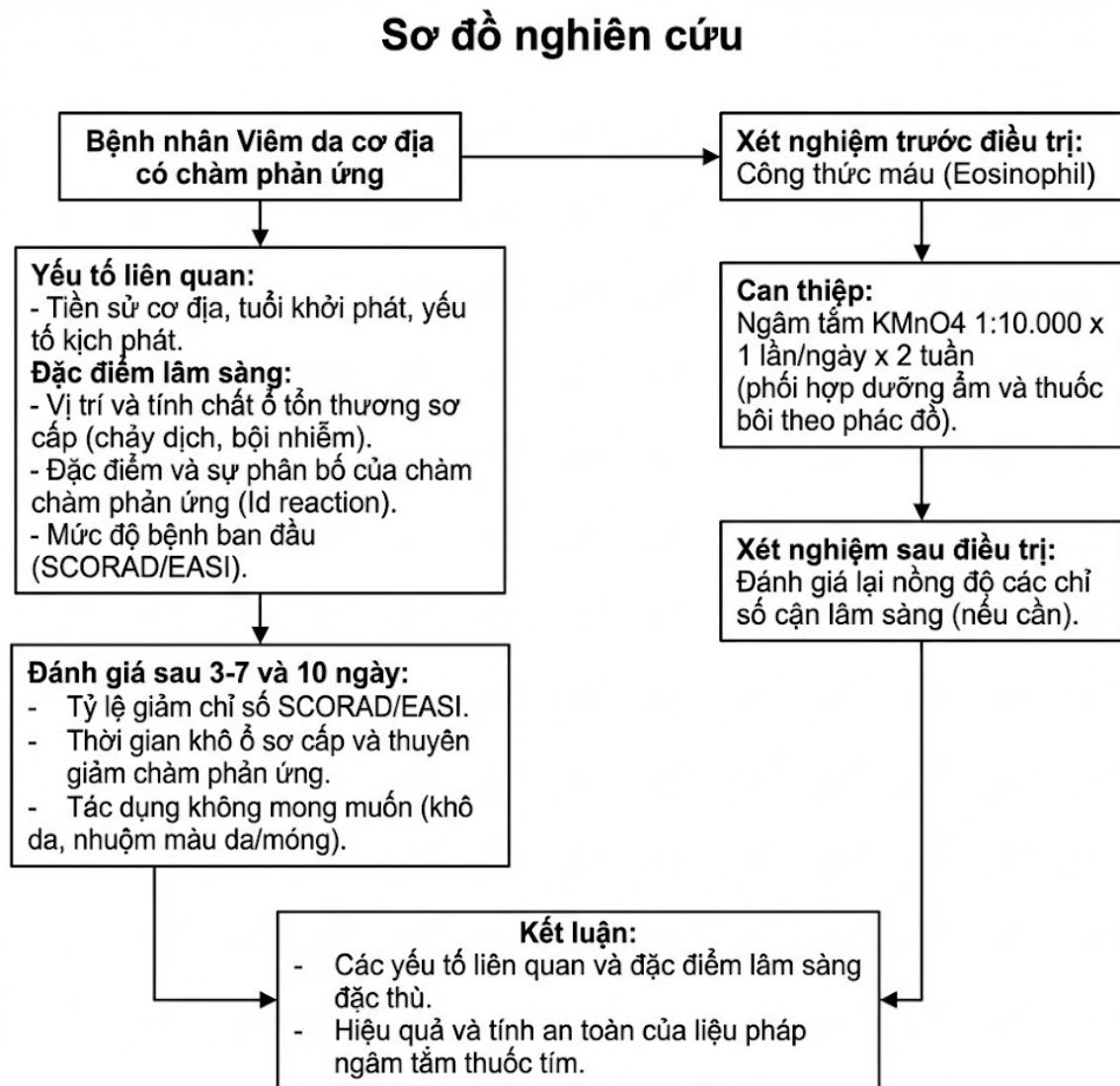
- Bệnh nhân được tư vấn đầy đủ và tự nguyện tham gia nghiên cứu.
- Thông tin của bệnh nhân được giữ kín và chỉ để phục vụ cho nghiên cứu.
- Bệnh nhân điều trị theo phác đồ nghiên cứu được theo dõi trong suốt thời gian điều trị nội trú. Những bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu được điều trị và theo dõi theo phác đồ khác phù hợp.

#### **2.5. Hạn chế đề tài:**

Không thực hiện được nhóm đối chứng

## 2.5: Sơ đồ nghiên cứu

Biểu đồ 1: Sơ đồ nghiên cứu



## Chương 3: Kết quả nghiên cứu

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 18		
18 – 40		
41 – 60		
> 60		
Tổng		100%

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng trước điều trị

Bảng 3.4. Mức độ bệnh theo SCORAD trước điều trị

Mức độ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vừa		
Nặng		
Tổng		100%

Bảng 3.5. Điểm SCORAD trung bình trước điều trị

Chỉ số	Trung bình $\pm$ SD	Min	Max
SCORAD trước điều trị			

### 3.3. Kết quả điều trị

Bảng 3.6. Thay đổi điểm SCORAD sau điều trị

Thời điểm	Trung bình $\pm$ SD	p
Trước điều trị		
Sau điều trị		
Hiệu số ( $\Delta$ )		

Bảng 3.7. Mức độ cải thiện lâm sàng

Mức cải thiện	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Khỏi / gần khỏi		
Cải thiện tốt (>50%)		
Cải thiện trung bình		

Không đáp ứng		
Tổng		100%

Bảng 3.8. Thời gian khô tổn thương

Thời gian (ngày)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 3 ngày		
4 – 7 ngày		
> 7 ngày		
Tổng		100%

Bảng 3.9. Tác dụng không mong muốn

Tác dụng phụ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Kích ứng nhẹ		
Sạm da		
Không ghi nhận		

Tổng		100%
------	--	------

### 3.4. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

Bảng 3.10. Liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị

Nhóm tuổi	Đáp ứng tốt (n, %)	Không đáp ứng (n, %)	p
< 40			
≥ 40			

Bảng 3.11. Liên quan giữa mức độ bệnh ban đầu và kết quả điều trị

Mức độ ban đầu	Đáp ứng tốt (n, %)	Không đáp ứng (n, %)	p
Vừa			
Nặng			

Bảng 3.12. Phân tích hồi quy logistic các yếu tố liên quan

Yếu tố	OR	95% CI	p
Tuổi			

Giới			
Thời gian mắc bệnh			
Mức độ SCORAD ban đầu			

### 3.5. Mức độ hài lòng người bệnh

Bảng 3.13. Mức độ hài lòng người bệnh (n=40)

Hài lòng	n	%
Rất hài lòng		
Hài lòng		
Không hài lòng		
Tổng		

*Nhận xét:* Kết quả tại bảng 3.13 cho thấy sau 2 tuần điều trị có ..% rất hài lòng, ..% hài lòng và ... có bệnh nhân không hài lòng.

## Chương 4: Bàn luận

(Bàn luận theo bảng biểu)

#### **4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

- Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi
- Phân bố theo giới
- Thời gian mắc bệnh

#### **4.2. Đặc điểm lâm sàng trước điều trị**

- Mức độ bệnh theo SCORAD trước điều trị
- Điểm SCORAD trung bình trước điều trị

#### **4.3. Kết quả điều trị**

- Thay đổi điểm SCORAD sau điều trị
- Mức độ cải thiện lâm sàng
- Thời gian khô tổn thương
- Tác dụng không mong muốn

#### **4.4. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị**

- Liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị
- Liên quan giữa mức độ bệnh ban đầu và kết quả điều trị

#### **4.5. Mức độ hài lòng người bệnh**

- Mức độ hài lòng người bệnh.

## **Kết luận**

Theo mục tiêu nghiên cứu

- Hiệu quả điều trị bệnh viêm da cơ địa thể chàm phản ứng bằng phương pháp ngâm tẩm thuốc tím theo thang điểm SCORAD.
- Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị tại Bệnh viện Da liễu Bắc Ninh năm 2026.

## Tài liệu tham khảo

- [1] E. Guttman-Yassky, Y. Renert-Yuval, and P. M. Brunner, “Atopic dermatitis,” *The Lancet*, vol. 405, no. 10478, pp. 583–596, Feb. 2025, doi: 10.1016/S0140-6736(24)02519-4.
- [2] Phạm Thị Bảo Trâm, Huỳnh Văn Bá, Lê Thị Minh Thu, and Nguyễn Thị Thùy Trang, “Tình hình rối loạn lo âu, trầm cảm, stress và kết quả điều trị bệnh nhân viêm da cơ địa người lớn tại Bệnh viện Da liễu Cần Thơ năm 2023,” *Tạp Chí Dược Học Cần Thơ*, 2025.
- [3] J. A. Geoghegan, A. D. Irvine, and T. J. Foster, “Staphylococcus aureus and Atopic Dermatitis: A Complex and Evolving Relationship,” *Trends Microbiol.*, vol. 26, no. 6, pp. 484–497, Jun. 2018, doi: 10.1016/j.tim.2017.11.008.
- [4] “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da liễu theo Quyết định số 75/QĐ-BYT ngày 13/1/2015 của Bộ Y tế - Bệnh viện Da liễu Hà Nội.” Accessed: Feb. 19, 2026. [Online]. Available: <https://benhviendalieuhanoi.com/van-ban/huong-dan-chan-doan-va-dieu-tri-cac-benh-da-lieu/>
- [5] Bệnh viện Da liễu Bắc Ninh, “Báo cáo tổng kết công tác chuyên môn và hoạt động bệnh viện năm 2025,” Bệnh viện Da liễu Bắc Ninh, Bắc Ninh, Việt Nam, Báo cáo tổng kết, 2025.
- [6] “Kali permanganat,” *Wikipedia tiếng Việt*. Nov. 22, 2025. Accessed: Feb. 19, 2026. [Online]. Available: [https://vi.wikipedia.org/w/index.php?title=Kali\\_permanganat&oldid=74476306](https://vi.wikipedia.org/w/index.php?title=Kali_permanganat&oldid=74476306)
- [7] “Global Atopic Dermatitis Atlas.” Accessed: Feb. 19, 2026. [Online]. Available: <https://www.atopicdermatitisatlas.org/en/>
- [8] Thạch Trương Phương Nhi and Huỳnh Văn Bá, “Đặc điểm lâm sàng, mức độ lo âu và tỷ lệ nhiễm nấm Dermatophytes trên bệnh nhân viêm da lệ thuộc corticoid ở mặt (FCAD) năm 2022–2024,” *Tạp Chí Dược Học Cần Thơ*, 2025.
- [9] Trần Thị Minh Tâm, Diệp Thắng, and Nguyễn Trung Kiên, “Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị tại chỗ ZINVIO và MEDLO trong viêm da cơ địa trẻ em,” *Tạp Chí Dược Học Cần Thơ*, 2025.
- [10] “2024 GADA Update Report.” Accessed: Feb. 20, 2026. [Online]. Available: <https://www.atopicdermatitisatlas.org/en/news/2024-gada-update-report>
- [11] “Figure 5. Global prevalence of atopic dermatitis both sexes, all ages...,” ResearchGate. Accessed: Feb. 19, 2026. [Online]. Available: [https://www.researchgate.net/figure/Global-prevalence-of-atopic-dermatitis-both-sexes-all-ages-2015-ranging-from-1-200\\_fig3\\_344214406](https://www.researchgate.net/figure/Global-prevalence-of-atopic-dermatitis-both-sexes-all-ages-2015-ranging-from-1-200_fig3_344214406)

- [12] Phạm Thị Thanh and Nguyễn Thị Hòa, “Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của bệnh viêm da cơ địa ở trẻ dưới 2 tuổi tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, TP. Hồ Chí Minh,” Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, 2024.
- [13] Nguyễn V. T., *Bệnh học da liễu tập 2/ Nguyễn Văn Thường*. Đại học Y Hà Nội, 2017. Accessed: Feb. 19, 2026. [Online]. Available: [http://dspace.hmtu.edu.vn/handle/DHKTYTHD\\_123/33027](http://dspace.hmtu.edu.vn/handle/DHKTYTHD_123/33027)
- [14] “Hình ảnh Lâm sàng, chẩn đoán và điều trị trong chuyên ngành Da liễu,” Download sách y học. Accessed: Feb. 19, 2026. [Online]. Available: <https://downloadsachyhoc.com/sach/hinh-anh-lam-sang-chan-doan-va-dieu-tri-trong-chuyen-nganh-da-lieu/>
- [15] J. M. Hanifin, R. Lloyd, K. Okubo, L. L. Guerin, L. Fancher, and S. C. Chan, “Relationship between increased cyclic AMP-phosphodiesterase activity and abnormal adenylyl cyclase regulation in leukocytes from patients with atopic dermatitis,” *J. Invest. Dermatol.*, vol. 98, no. 6 Suppl, pp. 100S-105S, Jun. 1992, doi: 10.1111/1523-1747.ep12462340.
- [16] D. Y. M. Leung, M. Boguniewicz, M. D. Howell, I. Nomura, and Q. A. Hamid, “New insights into atopic dermatitis,” *J. Clin. Invest.*, vol. 113, no. 5, pp. 651–657, Mar. 2004, doi: 10.1172/JCI21060.
- [17] Hiền Đ. T. T. and Thúy L. T. M., “Một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân viêm da cơ địa trẻ em tại Bệnh viện Da liễu Trung ương,” *J. 108 - Clin. Med. Phamarcy*, Apr. 2024, doi: 10.52389/ydls.v19i2.2179.
- [18] Phạm Thị Lượ, “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh viêm da cơ địa ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương,” Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội, 2020.
- [19] Lê Phương Anh, Hà Hữu Hoàng Khải, Khúc Thị Hồng Hạnh, and Phạm Thị Lan, “Đánh giá tình trạng viêm da cơ địa và một số yếu tố liên quan ở sinh viên Phân hiệu Đại học Y Hà Nội tại Thanh Hóa,” *Tạp Chí Học Việt Nam*, 2025.
- [20] Mạc Vân Anh và cộng sự, “Tỷ lệ, đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan tới viêm da cơ địa ở người lớn đến khám tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội trong năm 2023,” 2023.
- [21] “Dermatology: 5th edition | Jean L. Bologna | ISBN: 9780702082252,” Elsevier Asia Bookstore. Accessed: Feb. 20, 2026. [Online]. Available: <https://www.asia.elsevierhealth.com/dermatology-9780702082252.html>
- [22] “Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis,” *Dermatology*, vol. 186, no. 1, pp. 23–31, 1993, doi: 10.1159/000247298.
- [23] J. M. Hanifin, M. Thurston, M. Omoto, R. Cherill, S. J. Tofte, and M. Graeber, “The eczema area and severity index (EASI): assessment of

reliability in atopic dermatitis. EASI Evaluator Group,” *Exp. Dermatol.*, vol. 10, no. 1, pp. 11–18, Feb. 2001, doi: 10.1034/j.1600-0625.2001.100102.x.

[24] B. Kunz, A. P. Oranje, L. Labrèze, J. F. Stalder, J. Ring, and A. Taïeb, “Clinical validation and guidelines for the SCORAD index: consensus report of the European Task Force on Atopic Dermatitis,”

*Dermatology*, vol. 195, no. 1, pp. 10–19, 1997, doi: 10.1159/000245677.

[25] E. Simpson *et al.*, “The Validated Investigator Global Assessment for Atopic Dermatitis (vIGA-AD): The development and reliability testing of a novel clinical outcome measurement instrument for the severity of atopic dermatitis,” *J. Am. Acad. Dermatol.*, vol. 83, no. 3, pp. 839–846, Sep. 2020, doi: 10.1016/j.jaad.2020.04.104.

[26] Nguyễn Thị Hồng Huyền and Phạm Thị Minh Hồng, “Khảo sát tỷ lệ viêm da cơ địa và các yếu tố liên quan đến độ nặng ở trẻ em từ 2 tháng đến dưới 5 tuổi tại Quận 1, TP. Hồ Chí Minh,” *Tạp Chí Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 2023.

[27] “Giáo trình đào tạo chính quy tại Việt Nam mô tả hình thái biến đổi thượng bì và trung bì ở bệnh nhân chàm/viêm da cơ địa theo từng giai đoạn lâm sàng. - Tìm trên Google.” Accessed: Feb. 19, 2026. [Online].

Available:

[https://www.google.com/search?q=Gi%C3%A1o+tr%C3%ACnh+%C4%91%C3%A0o+t%E1%BA%A1o+ch%C3%ADnh+quy+t%E1%BA%A1i+Vi%E1%BB%87t+Nam+m%C3%B4+t%E1%BA%A3+h%C3%ACnh+th%C3%A1i+bi%E1%BA%BFn+%C4%91%E1%BB%95i+th%C6%B0%E1%BB%A3ng+b%C3%AC+v%C3%A0+trung+b%C3%AC+%E1%BB%9F+b%E1%BB%87nh+nh%C3%A2n+ch%C3%A0m%2Fvi%C3%A0+da+c%C6%A1+%C4%91%E1%BB%8Ba+theo+t%E1%BB%ABng+giai+%C4%91o%E1%BA%A1n+l%C3%A2m+s%C3%A0ng.&rlz=1C1CHBD\\_viVN1030VN1030&oq=Gi%C3%A1o+tr%C3%ACnh+%C4%91%C3%A0o+t%E1%BA%A1o+ch%C3%ADnh+quy+t%E1%BA%A1i+Vi%E1%BB%87t+Nam+m%C3%B4+t%E1%BA%A3+h%C3%ACnh+th%C3%A1i+bi%E1%BA%BFn+%C4%91%E1%BB%95i+th%C6%B0%E1%BB%A3ng+b%C3%AC+v%C3%A0+trung+b%C3%AC+%E1%BB%9F+b%E1%BB%87nh+nh%C3%A2n+ch%C3%A0m%2Fvi%C3%A0+da+c%C6%A1+%C4%91%E1%BB%8Ba+theo+t%E1%BB%ABng+giai+%C4%91o%E1%BA%A1n+l%C3%A2m+s%C3%A0ng.&gs\\_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOdIBCDI3MzhqMGo0qAIAAsAIB&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=Gi%C3%A1o+tr%C3%ACnh+%C4%91%C3%A0o+t%E1%BA%A1o+ch%C3%ADnh+quy+t%E1%BA%A1i+Vi%E1%BB%87t+Nam+m%C3%B4+t%E1%BA%A3+h%C3%ACnh+th%C3%A1i+bi%E1%BA%BFn+%C4%91%E1%BB%95i+th%C6%B0%E1%BB%A3ng+b%C3%AC+v%C3%A0+trung+b%C3%AC+%E1%BB%9F+b%E1%BB%87nh+nh%C3%A2n+ch%C3%A0m%2Fvi%C3%A0+da+c%C6%A1+%C4%91%E1%BB%8Ba+theo+t%E1%BB%ABng+giai+%C4%91o%E1%BA%A1n+l%C3%A2m+s%C3%A0ng.&rlz=1C1CHBD_viVN1030VN1030&oq=Gi%C3%A1o+tr%C3%ACnh+%C4%91%C3%A0o+t%E1%BA%A1o+ch%C3%ADnh+quy+t%E1%BA%A1i+Vi%E1%BB%87t+Nam+m%C3%B4+t%E1%BA%A3+h%C3%ACnh+th%C3%A1i+bi%E1%BA%BFn+%C4%91%E1%BB%95i+th%C6%B0%E1%BB%A3ng+b%C3%AC+v%C3%A0+trung+b%C3%AC+%E1%BB%9F+b%E1%BB%87nh+nh%C3%A2n+ch%C3%A0m%2Fvi%C3%A0+da+c%C6%A1+%C4%91%E1%BB%8Ba+theo+t%E1%BB%ABng+giai+%C4%91o%E1%BA%A1n+l%C3%A2m+s%C3%A0ng.&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOdIBCDI3MzhqMGo0qAIAAsAIB&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

[28] Trịnh Thị Tuyết Minh and Nguyễn Thị Hồng Chuyên, “Chất lượng cuộc sống của gia đình, cha mẹ hoặc người chăm sóc trực tiếp trẻ em bị viêm da cơ địa tại Bệnh viện Nhi đồng 2 và Bệnh viện Da liễu TP. HCM,” *Tạp Chí Học Việt Nam*, 2024.

[29] A. Wollenberg *et al.*, “European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema: part I - systemic therapy,” *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. JEADV*, vol. 36, no. 9, pp. 1409–1431, Sep. 2022, doi: 10.1111/jdv.18345.

- [30] dalieu.vn, “Giáo dục sức khỏe cho người bệnh viêm da cơ địa.” Accessed: Feb. 19, 2026. [Online]. Available: <https://dalieu.vn/giao-duc-suc-khoe-cho-nguoi-benh-viem-da-co-dia-d4631.html>
- [31] “British Association of Dermatologists and British Society for Rheumatology living guideline for managing people with Behçets 2024 co-published by the British Journal Of Dermatology and Rheumatology.” Accessed: Feb. 20, 2026. [Online]. Available: <https://www.bad.org.uk/living-guideline-for-managing-people-with-behcets-2024>
- [32] thuvienphapluat.vn, “Quyết định 3906/QĐ-BYT năm 2012 Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành,” THƯ VIỆN PHÁP LUẬT. Accessed: Feb. 20, 2026. [Online]. Available: <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Quyết-dinh-3906-QĐ-BYT-nam-2012-Quy-trinh-ky-thuat-kham-chua-benh-chuyen-nganh-150058.aspx>
- [33] Nguyễn Đào Phương Linh and Phạm Thúy Nga, “Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị tại chỗ bằng kem E-PSORA và kem ZINVIO trong viêm da cơ địa thể mạn tính ở người lớn,” *Tạp Chí Dược Học Cần Thơ*, 2025.
- [34] “Potassium permanganate solution soaks.” Accessed: Feb. 20, 2026. [Online]. Available: <https://www.bad.org.uk/pils/potassium-permanganate-solution-soaks>
- [35] W. Lineaweaver *et al.*, “Topical antimicrobial toxicity,” *Arch. Surg. Chic. Ill 1960*, vol. 120, no. 3, pp. 267–270, Mar. 1985, doi: 10.1001/archsurg.1985.01390270007001.
- [36] Nguyễn Thị Hồng Chuyên, Lê Phạm Thanh Liêm, and Văn Thế Trung, “Đánh giá tình trạng kiểm soát bệnh của bệnh nhân viêm da cơ địa tại phòng khám ngoại trú Bệnh viện Da liễu TP. Hồ Chí Minh,” *Tạp Chí Học Việt Nam*, 2024.
- [37] “Tài liệu giáo trình phương pháp nghiên cứu khoa học trong y học PDF.” Accessed: Feb. 20, 2026. [Online]. Available: <https://vsba.edu.vn/giao-trinh-phuong-phap-nghien-cuu-khoa-hoc-trong-y-hoc/>