

- nghệ cấp quốc gia. Mã số KHGD/16-20.ĐT.031
4. **Quách Tuấn Vinh** (2016). Các phương pháp tác động trên loa tai, NXB Y học
 5. **Bộ Y tế** (2013). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu, Ban hành kèm quyết định số 792/QĐ-BYT ngày 12/03/2013, NXB Y học
 6. **Dương Văn Tâm** (2018), Bài giảng "Châm cứu điều trị trẻ tự kỷ trẻ em", Bệnh viện Châm cứu trung ương
 7. **Zhang, R., Jia, M. X., Zhang, J. S., Xu, X. J., Shou, X. J., Zhang, X. T.,... & Han, J. S.** (2012). Transcutaneous electrical acupoint stimulation in children with autism and its impact on plasma levels of arginine-vasopressin and oxytocin: a prospective single-blinded controlled study. *Research in Developmental Disabilities*, 33(4), 1136-1146.
 8. **Trần Thị Nguyệt Anh và Ngô Quang Hải** (2022), "Đánh giá tác dụng của phương pháp Châm cứu hỗ trợ điều trị trẻ rối loạn phổ tự kỷ (Từ 18 đến 72 tháng tuổi)", *Tạp chí Y Dược cổ truyền Việt Nam*. 44(3), tr. 50-57
 9. **Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt** (2013). Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc, NXB Y học, tr 228-229
 10. **Wang L, Peng JL, Qiao FQ, Cheng WM, Lin GW, Zhang Y, et al.** Clinical Randomized Controlled Study of Acupuncture Treatment on Children with Autism Spectrum Disorder (ASD): A Systematic Review and Meta-Analysis, *Evidence-Based Complement Altern Med*, 2021, 2021

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG KIỂM SOÁT BỆNH CỦA BỆNH NHÂN VIÊM DA CƠ ĐỊA TẠI PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ BỆNH VIỆN DA LIỄU THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Lê Phạm Thanh Liêm¹, Nguyễn Thị Hồng Chuyên¹, Văn Thế Trung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng kiểm soát bệnh của bệnh nhân viêm da cơ địa (VDCĐ) và xác định mối liên quan giữa tình trạng kiểm soát bệnh với một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng của bệnh nhân. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả khảo sát tình trạng kiểm soát bệnh bằng thang điểm ADCT (Atopic Dermatitis Control Tool) trên 130 bệnh nhân VDCĐ tại phòng khám ngoại trú bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 03/2024 đến 08/2024. **Kết quả:** Điểm ADCT trung vị là 11 (8 – 14). Tỷ lệ BN không kiểm soát bệnh VDCĐ theo ADCT là 80,8% cao hơn so với tỷ lệ không kiểm soát bệnh do BN tự đánh giá là 65,4% và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Thang điểm ADCT tương quan thuận, mức độ rất mạnh với 2 thang điểm SCORAD và DLQI với hệ số tương quan lần lượt là 0,796 và 0,899. Có mối liên quan giữa tình trạng kiểm soát bệnh với độ nặng của bệnh, tình trạng sử dụng dưỡng ẩm và mức độ hài lòng với điều trị của bệnh nhân. **Kết luận:** Tình trạng kiểm soát bệnh có liên quan với độ nặng của bệnh và tình trạng điều trị của bệnh nhân viêm da cơ địa. Thang điểm ADCT là một công cụ tốt, đáng tin cậy giúp người bệnh cũng như nhân viên y tế đánh giá chính xác và kịp thời tình trạng kiểm soát bệnh trên lâm sàng. **Từ khóa:** tình trạng kiểm soát bệnh, viêm da cơ địa.

SUMMARY

ASSESSMENT OF DISEASE CONTROL STATUS

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Chuyên

Email: chuyennnguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.01.2025

Ngày duyệt bài: 25.2.2025

IN PATIENTS WITH ATOPIC DERMATITIS AT THE OUTPATIENT CLINIC OF HO CHI MINH CITY DERMATOLOGY HOSPITAL

Objective: To evaluate the disease control status of patients with atopic dermatitis (AD) and to identify the association between disease control status and certain epidemiological and clinical characteristics of the patients. **Subjects and Methods:** This cross-sectional descriptive study assessed disease control using the Atopic Dermatitis Control Tool (ADCT) in 130 AD patients at the outpatient clinic of Ho Chi Minh City Dermatology Hospital from March 2024 to August 2024. **Results:** The median ADCT score was 11 (range 8–14). The proportion of patients with uncontrolled AD according to the ADCT was 80.8%, which was higher than the proportion of patients' self-assessed uncontrolled disease (65.4%), with this difference being statistically significant ($p < 0.001$). The ADCT score showed a strong positive correlation with the SCORAD and DLQI scores, with correlation coefficients of 0.796 and 0.899, respectively. There was an association between disease control status and disease severity, moisturizing habits, and patient satisfaction with treatment. **Conclusion:** Disease control status is associated with disease severity and treatment status in patients with atopic dermatitis. The ADCT is a reliable and valuable tool that helps both patients and healthcare providers accurately and promptly assess disease control status in clinical practice. **Keywords:** disease control, atopic dermatitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

VDCĐ (Atopic Dermatitis = AD) hay chàm thể tạng (Atopic Eczema) là một bệnh viêm da mạn tính, gặp ở mọi lứa tuổi. Tỷ lệ hiện mắc bệnh VDCĐ khoảng 10–30% ở trẻ em và 2–10% ở người lớn.¹ Bệnh được đặc trưng bởi sưng,

đau, khô và ngứa da.² Do tính chất mãn tính và sự ảnh hưởng của nó đến hoạt động hàng ngày, VDCĐ có thể ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống của người bệnh ở mọi lứa tuổi.³ Thiếu kiểm soát bệnh lâu dài được ghi nhận là yếu tố chính gây nên gánh nặng bệnh tật so với nhóm đạt được kiểm soát bệnh bao gồm⁴: ngứa kéo dài, rối loạn giấc ngủ, gây nên tình trạng căng thẳng tâm lý và làm giảm năng suất lao động. Việc hiểu được cảm nhận của chính bệnh nhân về tình trạng kiểm soát bệnh của họ là vô cùng quan trọng giúp các thầy thuốc nhận biết và đưa ra các can thiệp hiệu quả cho bệnh VDCĐ. Cuộc họp HOME VII đã đồng thuận ADCT công cụ tốt, đáng tin cậy, thỏa các tiêu chí và được khuyến cáo sử dụng trong đánh giá "tình trạng kiểm soát bệnh VDCĐ" trên lâm sàng.⁵ Do đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu đánh giá tình trạng kiểm soát bệnh của bệnh nhân VDCĐ đến khám tại phòng khám ngoại trú bệnh viện Da Liễu Thành phố Hồ Chí Minh bằng điểm thang điểm ADCT và xác định mối liên quan giữa tình trạng kiểm soát bệnh và các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng của bệnh nhân VDCĐ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả

2.2. Thời gian nghiên cứu: từ 03/2024 - 08/2024.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán viêm da cơ địa đến khám tại Bệnh viện Da Liễu TP. Hồ Chí Minh.

2.4. Cỡ mẫu: Ước lượng cỡ mẫu theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

$$N \geq \frac{Z^2 \cdot p(1-p)}{d^2}$$

Với N: Cỡ mẫu tối thiểu cần tính; Z = 1,96 với $\alpha = 0,05$; Sai số biên cho phép d = 0,09; chọn p = 0,67 theo nghiên cứu của tác giả Mandelin⁶ và cộng sự tiến hành NC trên 439 BN ghi nhận tỷ lệ không kiểm soát trên BN VDCĐ là p = 67%. Thay vào công thức trên, tính được cỡ mẫu tối thiểu cần có N $\geq$ 105 bệnh nhân.

2.5. Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

2.6. Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Tiêu chuẩn nhận vào: Bệnh nhân được chẩn đoán Viêm da cơ địa theo Tiêu chuẩn Hanifin và Rajka cải tiến theo AAD 2014 bởi bác sĩ chuyên khoa da liễu địa tại phòng khám ngoại trú bệnh viện Da Liễu TP Hồ Chí Minh. Bệnh nhân $\geq$ 12 tuổi và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không trả lời đầy đủ các câu hỏi trong bộ câu hỏi thu thập số liệu. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.7. Phương pháp thu thập số liệu. Dữ liệu được thu thập trực tiếp bằng cách phỏng vấn bệnh nhân và ghi nhận thông tin lưu trữ trong hồ sơ bệnh án.

2.8. Các bước thu thập số liệu. Bệnh nhân đến khám thỏa tiêu chuẩn, chúng tôi sẽ giải thích cho người bệnh về mục tiêu, cách thức tiến hành nghiên cứu. Bệnh nhân đồng ý thì sẽ ký tên vào phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu.

Sau đó, chúng tôi tiến hành thu thập các dữ kiện gồm đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, độ nặng của bệnh. Cuối cùng phỏng vấn bệnh nhân để đánh giá bằng bảng câu hỏi của thang điểm DLQI và ADCT

2.9. Biến số nghiên cứu. Biến số tình trạng kiểm soát bệnh: Thang điểm ADCT nhằm mục đích đánh giá ảnh hưởng của bệnh viêm da cơ địa lên cuộc sống của bệnh nhân về nhiều khía cạnh trong 1 tuần vừa qua. Bảng câu hỏi bao gồm 6 câu hỏi (thang điểm từ 0-24 điểm) phản ánh 6 khía cạnh của bệnh ảnh hưởng lên cuộc sống bệnh nhân bao gồm: Độ nặng của triệu chứng; Tổng số ngày ngứa nhiều; Mức độ bị làm phiền; Các vấn đề về giấc ngủ; Ảnh hưởng hoạt động hàng ngày; Ảnh hưởng tâm trạng, cảm xúc. Mỗi câu hỏi được đánh giá từ 0 đến 4 điểm. Bệnh nhân được coi là không kiểm soát bệnh khi: Điểm ADCT hiện tại $\geq$ 7 điểm hoặc Điểm ADCT tăng $\geq$ 5 điểm so với lần đánh giá trước đó.

2.10. Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng STATA 14.2. Biến số định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỉ lệ phần trăm. Biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn nếu là phân phối chuẩn và dạng trung vị, khoảng tứ phân vị nếu không phải phân phối chuẩn. Phép kiểm McNemar để đánh giá mối quan hệ hoặc tính độc lập của 2 biến rời rạc được ghép cặp. Hệ số tương quan Pearson (phân phối chuẩn) và hệ số tương quan Spearman (nếu không là phân phối chuẩn) để kiểm định mối tương quan giữa 2 biến định lượng. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05 với độ tin cậy 95%

2.11. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Da liễu thành phố Hồ Chí Minh thông qua theo giấy chứng nhận chấp thuận số 424/CN-BVDL, ngày 29 tháng 02 năm 2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 03/2024 - 08/2024, chúng tôi đưa vào nghiên cứu 130 bệnh nhân VDCĐ thỏa tiêu chuẩn nhận mẫu.

Bảng 1: Điểm ADCT và tình trạng kiểm soát bệnh

Đặc điểm			Giá trị P
Điểm ADCT, trung vị, khoảng tứ phân vị		11 (8 – 14)	
Tình trạng kiểm soát bệnh theo ADCT, n (%)	Có kiểm soát Không kiểm soát	25 (19,2) 105 (80,8)	< 0,001 ^a
BN tự đánh giá tình trạng kiểm soát bệnh, n (%)	Có kiểm soát Không kiểm soát	45 (34,6) 85 (65,4)	

^a: Kiểm định McNemar

Nhận xét: Điểm ADCT trung vị là 11 (8-14), tỷ lệ BN không kiểm soát bệnh VDCĐ theo ADCT

là 80,8% cao hơn so với tỷ lệ không kiểm soát bệnh do BN tự đánh giá là 65,4% ($p < 0.001$).

Bảng 2: Môi tương quan của thang điểm ADCT với các thang điểm khác

	Điểm ADCT (Hệ số tương quan Rho)	Giá trị P
Điểm SCORAD	Rho = 0,796	<0,001 ^a
Điểm DLQI	Rho = 0,899	<0,001 ^a

^a: Hệ số tương quan Spearman

Nhận xét: Thang điểm ADCT có mối tương quan thuận, mức độ rất mạnh ($r > 0,7$) với cả 2 thang điểm SCORAD, DLQI với hệ số tương quan lần lượt là 0,796; 0,899

Bảng 3: Môi liên quan giữa sự kiểm soát bệnh với đặc điểm dịch tễ của bệnh nhân

		Chung (N=130)	Kiểm soát bệnh (N=25)	Không kiểm soát bệnh (N=105)	Giá trị P
Nhóm tuổi, n(%)	12 – 19 tuổi	26 (20)	7 (28)	19 (18,1)	0,391 ^a
	20 – 39 tuổi	52 (40)	11 (44)	41 (39)	
	40 – 59 tuổi	36 (27,7)	6 (24)	30 (28,6)	
	≥ 60 tuổi	16 (12,3)	1 (4)	15 (14,3)	
Giới, n(%)	Nam	47 (34,2)	11 (44)	36 (34,3)	0,364 ^a
	Nữ	83 (63,8)	14 (56)	69 (65,7)	
Nghề nghiệp, n(%)	Học sinh, sinh viên	29 (22,3)	7 (28)	22 (21)	0,807 ^b
	Công nhân/Nông dân	15 (11,5)	1 (4)	14 (13,3)	
	Buôn bán	13 (10)	3 (12)	10 (9,5)	
	NVVP	17 (13,1)	4 (16)	13 (12,4)	
	NVYT	2 (1,5)	0	2 (1,9)	
	Viên chức	8 (6,2)	1 (4)	7 (6,7)	
	Nội trợ, tự do	46 (35,4)	9 (36)	37 (35,2)	
Trình độ học vấn, n(%)	Tiểu học	13 (10)	1 (4)	12 (11,4)	0,225 ^b
	Trung học cơ sở	28 (21,5)	4 (16)	24 (22,9)	
	Trung học phổ thông	43 (33,1)	8 (32)	35 (33,3)	
	Đại học	43 (33,1)	10 (40)	33 (31,4)	
	Sau đại học	3 (2,3)	2 (8)	1 (1)	

^a: Kiểm định Chi bình phương; ^b: Kiểm định Fisher

Nhận xét: Tỷ lệ Nữ/Nam = 1,8/1, tuổi trung vị 33,5 (22 – 49,25), nhóm tuổi 20-39 chiếm tỷ lệ cao nhất (40%). Đa số BN đến khám thuộc nhóm nội trợ/tự do và học sinh/sinh viên, nhóm lao động chân tay chỉ chiếm 11,5%. Nhóm

có học vấn từ THPT trở lên chiếm đa số với 70%. Tuy nhiên sự khác biệt về đặc điểm dịch tễ giữa nhóm kiểm soát bệnh và không kiểm soát bệnh viêm da cơ địa không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4: Môi liên quan giữa sự kiểm soát bệnh với đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

		Chung (N=130)	Kiểm soát bệnh (N=25)	Không kiểm soát bệnh (N=105)	Giá trị P
Tiền sử gia đình mắc VDCĐ, n (%)		21 (16,2)	7 (28)	14 (13,3)	0,364 ^a
Thời gian mắc bệnh, n(%)	≤ 1 năm	27 (20,8)	6 (22,2)	21 (77,8)	0,841 ^a
	2 – 5 năm	69 (53)	12 (17,4)	57 (82,6)	
	> 5 năm	34 (26,2)	7 (20,6)	27 (79,4)	
Nhiễm trùng da, n(%)	Nhiễm vi trùng	19 (14,6)	2 (8)	18 (17,1)	0,484 ^b
	Nhiễm HSV	1 (0,8)	0	1 (1)	
	Không	110 (84,6)	23 (92)	86 (81,9)	
Điểm SCORAD, TV, khoảng TPV		29 (15 – 45)	24,6 (20,5 – 29,2)	41 (31,9 – 45,8)	<0,001 ^c
Phân độ nặng theo SCORAD, n(%)	Nhẹ	14 (10,8)	14 (56)	0	<0,001 ^b
	Trung bình	98 (75,4)	11 (44)	87 (82,9)	
	Nặng	18 (13,9)	0	18 (17,1)	

^a: Kiểm định Chi bình phương; ^b: Kiểm định Fisher; ^c: Phép kiểm Mann-Whitney U

Nhận xét: Chỉ có 16,2% BN có tiền sử người thân trong gia đình mắc VDCĐ với đa số BN có thời gian mắc bệnh từ 2-5 năm chiếm tỷ lệ 53%. Nhóm đạt kiểm soát bệnh có điểm SCORAD và tỷ lệ BN mắc VDCĐ mức độ trung bình - nặng thấp hơn có nghĩa thống kê so với nhóm không đạt kiểm soát bệnh.

Bảng 5: Mối liên quan giữa sự kiểm soát bệnh với tình trạng điều trị của bệnh nhân

		Chung (N=130)	Kiểm soát bệnh (N=25)	Không kiểm soát bệnh (N=105)	Giá trị P
Số lần khám trong năm, n(%)	1 lần	42 (32,3)	6 (24)	36 (34,3)	0,585 ^a
	2 – 4 lần	77 (59,2)	17 (68)	60 (57,1)	
	≥ 5 lần	11 (8,5)	2 (8)	9 (8,6)	
Dùng thuốc UCMD bôi, n(%)	Trong 3 tháng	98 (75,4)	20 (80)	78 (74,3)	0,926 ^b
	Từ khi được CD	21 (16,2)	3 (12)	18 (17,1)	
	Không sử dụng	11 (8,4)	2 (8)	9 (8,6)	
Dùng thuốc UCMD đường uống, n(%)	Trong 1 năm	33 (25,4)	7 (28)	26 (24,8)	0,933 ^a
	Từ khi được CD	23 (17,7)	4 (16)	19 (18,1)	
	Không sử dụng	74 (56,9)	14 (56)	60 (57,1)	
Sử dụng dưỡng ẩm, n(%)	Có sử dụng	55 (42,4)	15 (60)	40 (38,1)	0,046 ^a
	Không sử dụng	75 (57,6)	10 (40)	65 (61,9)	
Mức độ hài lòng với điều trị, n(%)	Rất hài lòng	1 (0,8)	0	1 (1)	<0,001 ^b
	Hài lòng	33 (25,4)	15 (60)	18 (17,1)	
	Bình thường	77 (59,2)	10 (40)	67 (63,8)	
	Không hài lòng	19 (14,6)	0	19 (18,1)	
	Rất không hài lòng	0	0	0	

Nhận xét: Có đến hơn 2/3 (67,7%) BN đi khám bệnh VDCĐ từ 2 lần/năm và 8,5% khám từ 5 lần trở lên. Tỷ lệ BN sử dụng dưỡng ẩm và tỷ lệ BN hài lòng với điều trị hiện tại ở nhóm đạt kiểm soát bệnh VDCĐ cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không đạt kiểm soát bệnh.

IV. BÀN LUẬN

Thang điểm ADCT đã được chuẩn hoá, kiểm định và khuyến cáo bởi các tổ chức có uy tín và qua nhiều nghiên cứu đã chỉ ra ưu thế vượt trội của thang điểm trong việc đánh giá tình trạng kiểm soát bệnh VDCĐ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy Điểm ADCT trung vị là 11, khoảng tứ phân vị 8 – 14 với tỷ lệ BN không đạt kiểm soát bệnh VDCĐ theo ADCT là 80,8%. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Staumont-Sallé⁷ và Johana M. Mandelin⁶ với tỷ lệ không kiểm soát bệnh lần lượt là 71,4% và 67%. Điều này có thể được giải thích bởi đối tượng lấy mẫu (BN đến khám tại bệnh viện so với tình nguyện viên thực hiện khảo sát), chênh lệch về cỡ mẫu, cũng như đặc điểm dịch tễ của BN Việt Nam so với Pháp và Phần Lan. Ngoài ra, tỷ lệ BN không kiểm soát bệnh VDCĐ theo ADCT là 80,8% cao hơn so với tỷ lệ không kiểm soát bệnh khi bệnh nhân tự đánh giá là 65,4%. Điều này cũng được chỉ ra trong nghiên cứu của tác giả và Johana M. Mandelin⁶ (67% so với 44%) qua đó nhấn mạnh tầm quan trọng của một công cụ như

^a: Kiểm định Chi bình phương; ^b: Kiểm định Fisher
ADCT trong việc phát hiện các gánh nặng bệnh tật tiềm ẩn mà bệnh nhân có thể bỏ qua.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, thang điểm ADCT có mối tương quan thuận, mức độ rất mạnh ($r > 0,7$) với cả 2 thang điểm SCORAD, DLQI với hệ số tương quan lần lượt là 0,796 và 0,899). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của M.D. Pariser và Johana M. Mandelin có hệ số tương quan với thang điểm DLQI lần lượt là $r = 0,82^8$ và $r = 0,754^6$. Kết quả trên cho thấy thang điểm ADCT là một công cụ tốt, đáng tin cậy và có thể ứng dụng trên thực hành lâm sàng theo khuyến cáo của HOME VII.⁵

Nghiên cứu cũng chỉ ra mối liên quan giữa tình trạng kiểm soát bệnh với một số đặc điểm lâm sàng và tình trạng điều trị của bệnh nhân. Nhóm đạt kiểm soát bệnh có điểm SCORAD và tỷ lệ bệnh nhân mắc VDCĐ mức độ trung bình - nặng thấp hơn có nghĩa thống kê so với nhóm không đạt kiểm soát bệnh. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả Johana M. Mandelin⁶ và D. Staumont-Sallé⁷ đều chỉ ra mối liên quan giữa tình trạng kiểm soát bệnh VDCĐ với độ nặng của bệnh. Tuy nhiên 2 nghiên cứu trên sử dụng thang điểm POEM thay vì SCORAD để đánh giá độ nặng của bệnh VDCĐ. Nghiên cứu cũng chỉ ra nhóm đạt kiểm soát bệnh có tỷ lệ bệnh nhân sử dụng dưỡng ẩm cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không kiểm soát bệnh. Qua đó cho thấy vai trò của dưỡng ẩm

trong điều trị duy trì và quản lý lâu dài cho bệnh nhân viêm da cơ địa theo y văn cũng như các khuyến cáo.^{1,9} Tuy nhiên mẫu nghiên cứu lại không cho thấy mối liên quan giữa việc sử dụng thuốc bôi hay thuốc uống với tình trạng kiểm soát bệnh trong khi kết quả của tác giả D. Staumont-Sallé⁷ lại chỉ ra mối liên quan này. Điều này có thể do sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân. Ngoài ra, nhóm bệnh nhân đạt kiểm soát bệnh cũng có mức độ hài lòng với điều trị hiện tại cao hơn nhóm không kiểm soát bệnh.

V. KẾT LUẬN

Tình trạng kiểm soát bệnh có liên quan với độ nặng của bệnh và tình trạng điều trị của bệnh nhân viêm da cơ địa. Kiểm soát bệnh lâu dài giúp cải thiện chất lượng cuộc sống, giảm đáng kể gánh nặng bệnh tật cho người bệnh, do đó việc đánh giá tình trạng kiểm soát bệnh là một phần quan trọng không thể thiếu trong quá trình đánh giá bệnh nhân viêm da cơ địa trên thực hành lâm sàng. Thang điểm ADCT là một công cụ tốt, đáng tin cậy giúp người bệnh cũng như nhân viên y tế đánh giá chính xác và kịp thời tình trạng kiểm soát bệnh trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. McAleer MA. Atopic Dermatitis. Bologna's Dermatology. Elsevier; 2018:pp 208-227.
2. Langan SM, Irvine AD, Weidinger S. Atopic dermatitis. The Lancet. 2020;396(10247):345-360.

3. Jirakova A, Vojackova N, Gopfertova D, Hercogova J. A comparative study of the impairment of quality of life in Czech children with atopic dermatitis of different age groups and their families. Int J Dermatol. Jun 2012;51(6):688-92.
4. Simpson EL, Guttman-Yassky E, Margolis DJ, et al. Association of Inadequately Controlled Disease and Disease Severity With Patient-Reported Disease Burden in Adults With Atopic Dermatitis. JAMA Dermatol. Aug 1 2018;154(8):903-912.
5. Thomas KS, Apfelbacher CA, Chalmers JR, et al. Recommended core outcome instruments for health-related quality of life, long-term control and itch intensity in atopic eczema trials: results of the HOME VII consensus meeting*. British Journal of Dermatology. 2021;185(1):139-146.
6. Mandelin JM, Ekman A, Ruohonen ST, Korhonen L. Atopic Dermatitis Patients' Preference on Patient Self-administered Tools Used in Clinical Practice. Acta Derm Venereol. Apr 6 2023;103:adv5261.
7. Staumont-Sallé D, Taieb C, Merhand S, Shourick J. The Atopic Dermatitis Control Tool: A High-Performance Tool for Optimal Support. Acta Dermato-Venereologica. 2021;101(12):adv00618.
8. Pariser DM, Simpson EL, Gadkari A, et al. Evaluating patient-perceived control of atopic dermatitis: design, validation, and scoring of the Atopic Dermatitis Control Tool (ADCT). Current Medical Research and Opinion. 2020;36(3):367-376.
9. Eichenfield LF, Tom WL, Berger TG, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. J Am Acad Dermatol. Jul 2014;71(1):116-32.

TỔN THƯƠNG PHỨC HỢP TREO TRÊN VAI: CASE LÂM SÀNG VÀ NHÌN LẠI Y VĂN

Nguyễn Thành Luân¹, Lê Mạnh Sơn¹, Nguyễn Văn Phan¹,
Đoàn Lê Vinh¹, Ngô Đức Quang¹, Phạm Vũ Anh Quang¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tổn thương phức hợp treo trên vai là một thương tổn hiếm gặp bao gồm tổn thương của 3 hoặc nhiều hơn 3 cấu trúc ảnh hưởng đến đai vai. Bài viết này nhằm mục đích báo cáo về ca lâm sàng hiếm gặp và nhìn lại y văn những trường hợp tổn thương tương tự. **Ca lâm sàng:** Bệnh nhân Nam 41 tuổi bị chấn thương vai Trái do tai nạn lao động ngã cao 2m. Chẩn đoán: Gãy xương đòn, trật cùng vai đòn, gãy xương bả vai Trái. Bệnh nhân được phẫu

thuật kết hợp xương đòn bằng nẹp vít, găm kim nẹp ép khớp cùng đòn, kết hợp ổ chảo xương bả vai bằng vít xỏ. **Kết luận:** Tổn thương phức hợp treo trên vai kèm gãy xương đòn, gãy ổ chảo xương bả vai là một thương tổn hiếm gặp do chấn thương năng lượng cao. Phẫu thuật đặt lại giải phẫu và tập phục hồi chức năng tích cực là rất quan trọng để có được kết quả chức năng vai tốt.

Từ khóa: Tổn thương phức hợp treo trên vai.

SUMMARY

SUPERIOR SHOULDER SUSPENSORY COMPLEX INJURY: A CASE REPORT AND REVIEW OF LITERATURE

Introduction: Superior shoulder suspensory complex (SSSC) is a rare injury which affects 3 or more structure of shoulder ring. This paper aims to report the patient who suffered from this challenging

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Luân

Email: bsluanhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2025

Ngày duyệt bài: 26.2.2025