

- psoriasis. *SpringerPlus*. 2014/10/17 2014;3(1):612. doi:10.1186/2193-1801-3-612
5. O'Hagan R, Gonzalez-Cantero A, Patel N, et al. Association of the Triglyceridee glucose index with insulin resistance and subclinical atherosclerosis in psoriasis: An observational cohort study. *J Am Acad Dermatol*. May 2023;88(5):1131-1134. doi:10.1016/j.jaad.2022.08.027
 6. Nabipoorashrafi SA, Seyedi SA, Rabizadeh S, et al. The accuracy of Triglyceridee-glucose (TyG) index for the screening of metabolic syndrome in adults: A systematic review and meta-analysis. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. Dec 2022;32(12):2677-2688. doi:10.1016/j.numecd.2022.07.024
 7. Son DH, Lee HS, Lee YJ, et al. Comparison of Triglyceridee-glucose index and HOMA-IR for predicting prevalence and incidence of metabolic syndrome. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. Mar 2022;32(3):596-604. doi:10.1016/j.numecd.2021.11.017

ĐỘ ẨM LỚP SỪNG THƯỢNG BÌ BÀN TAY VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN CHÀM BÀN TAY TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC THỦ ĐỨC, TP. HỒ CHÍ MINH

Châu Thị Kim Trang^{1,2}, Lý Thị Mỹ Nhung¹, Văn Thế Trung¹,

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chàm bàn tay là bệnh viêm da mạn tính, thường liên quan đến yếu tố nghề nghiệp và gây ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống. Rối loạn hàng rào bảo vệ da và mất độ ẩm lớp sừng bì là cơ chế bệnh sinh chính. Nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và chỉ số độ ẩm thượng bì (Stratum Corneum Hydration – SCH) ở bệnh nhân chàm bàn tay tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Thủ Đức, TP.Hồ Chí Minh.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Thủ Đức, TP.Hồ Chí Minh từ 09/2024 đến 04/2025, trên 63 bệnh nhân chàm bàn tay và 64 người đối chứng bắt cặp theo tuổi, giới. Chẩn đoán dựa vào lâm sàng, đánh giá mức độ bằng thang điểm Hand Eczema Severity Index (HECSI). Độ ẩm da được đo bằng thiết bị MoistureMeterSC.

Kết quả: Tuổi trung vị của bệnh nhân là 42. Tiền sử dị ứng, viêm da và tiếp xúc chất tẩy rửa liên quan có ý nghĩa thống kê với nhóm bệnh ($p < 0,001$). Thời gian khởi phát trung vị là 1 tháng, thời gian diễn tiến trung vị là 33 tháng; 66,7% bệnh nhân ở giai đoạn mạn tính. Vị trí tổn thương thường gặp nhất ở đầu ngón tay. SCH ở mọi vị trí khảo sát của nhóm bệnh đều thấp hơn nhóm chứng ($p < 0,05$).

Kết luận: Chàm bàn tay phần lớn ở thể mạn tính, liên quan nhiều yếu tố nguy cơ. Chỉ số SCH có tiềm năng là chỉ dấu hữu ích trong theo dõi và đánh giá hiệu quả điều trị.

Từ khoá: Chàm bàn tay; HECSI; Độ ẩm lớp sừng thượng bì.

SUMMARY

THE STRATUM CORNEUM HYDRATION AND ITS ASSOCIATION WITH CLINICAL MANIFESTATIONS OF HAND ECZEMA PATIENTS AT THU DUC REGIONAL HOSPITAL

Introduction: Hand eczema is a chronic inflammatory skin condition, commonly associated with occupational exposure, and significantly affects patients' quality of life. The main pathogenic mechanism involves disruption of the skin barrier and loss of moisture in the stratum corneum. This study aimed to describe the clinical features and stratum corneum hydration (SCH) index in patients with hand eczema at Thu Duc Regional General Hospital, Ho Chi Minh City.

Methods: A cross-sectional study was conducted at Thu Duc Regional General Hospital from September 2024 to April 2025, involving 63 patients with hand eczema and 64 age- and sex-matched controls. Diagnosis was based on clinical evaluation, and disease severity was assessed using the Hand Eczema Severity Index (HECSI). Skin hydration was measured using the MoistureMeterSC device. Data were analyzed using SPSS version 26.

Results: The median age of patients was 42 years. A history of allergy, dermatitis, and exposure to detergents was significantly associated with the eczema group ($p < 0.001$). The median disease onset duration was 1 month, with a median progression time of 33 months. Chronic stage accounted for 66.7% of cases. The fingertips were the most frequently affected sites. SCH values at all measured sites in the eczema group were significantly lower than those in the control group ($p < 0.05$).

Conclusion: Hand eczema predominantly presents in the chronic type and is associated with multiple risk factors. The SCH index is a valuable marker for monitoring and evaluating treatment effectiveness.

Keywords: Hand eczema; HECSI; Stratum corneum hydration.

¹ Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

² Bệnh viện Đa khoa Khu vực Thủ Đức

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Văn Thế Trung

Email: trungvan@ump.edu.vn

Mã bài: N431

Ngày nhận bài: 30/3/2026

Ngày phân biên khoa học: 18/3/2026

Ngày duyệt bài: 30/5/2026

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chàm bàn tay là một bệnh viêm da mạn tính thường gặp, có liên quan mật thiết đến yếu tố nghề nghiệp và thói quen sinh hoạt hằng ngày. Bệnh thường xuất hiện ở người trẻ trong độ tuổi lao động, gây ảnh hưởng đáng kể đến sức khỏe, năng suất làm việc và gánh nặng chi phí y tế¹. Chi phí này không chỉ bao gồm chi phí điều trị trực tiếp mà còn cả chi phí gián tiếp như nghỉ việc, chuyển nghề hoặc giảm hiệu quả lao động. Do đó, việc kiểm soát bệnh và phòng ngừa tái phát giữ vai trò then chốt trong quản lý lâu dài.

Một trong những chiến lược điều trị quan trọng là duy trì độ ẩm và tính toàn vẹn của lớp sừng thông qua chăm sóc da phù hợp. Điều này giúp giảm viêm, kéo dài thời gian ổn định bệnh và cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân.

Về cơ chế bệnh sinh, tổn thương hàng rào bảo vệ lớp sừng là bước khởi đầu, làm tăng mất nước qua da và tạo điều kiện cho các chất gây kích ứng hoặc dị ứng xâm nhập². Hậu quả là phản ứng viêm được khởi phát, biểu hiện lâm sàng bằng ngứa, đỏ da, nứt nẻ và bong tróc. Trong bối cảnh đó, độ ẩm lớp sừng thượng bì (stratum corneum hydration – SCH) có thể xem là một chỉ số sinh lý khách quan, hỗ trợ đánh giá mức độ tổn thương và hiệu quả điều trị. Tuy nhiên, tại Việt Nam chưa có nghiên cứu định lượng độ ẩm lớp sừng ở bệnh nhân chàm bàn tay, đặc biệt trong mối liên hệ với mức độ lâm sàng HECSI. Đó là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Thủ Đức, TP.HCM từ tháng 9/2024 đến tháng 4/2025.

Đối tượng nghiên cứu: Tổng cộng có 63 bệnh nhân được chẩn đoán chàm bàn tay và 64 đối tượng nhóm chứng khỏe mạnh.

Tiêu chí chọn vào: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán chàm bàn tay dựa trên triệu chứng lâm sàng và đang điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Thủ Đức. Nhóm chứng gồm những người khỏe mạnh, không mắc các bệnh da liễu và không sử dụng dưỡng ẩm tại bàn tay trong vòng 7 ngày trước khi tham gia. Tất cả đối tượng đều đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi được giải thích và ký bản đồng thuận.

Tiêu chí loại ra: Bệnh nhân có tổn thương rỉ dịch, trợt da hoặc đóng mủ. Bệnh nhân bị tăng tiết mồ hôi lòng bàn tay. Bệnh nhân đang sử dụng thuốc có thể ảnh hưởng đến tình trạng da (ví dụ: thuốc gây khô da, thuốc lợi tiểu). Bệnh nhân mắc các bệnh viêm da khác tại bàn tay.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang, có nhóm chứng để so sánh.

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng cỡ mẫu theo một số trung bình:

$$\text{trong đó: } n \geq \left(\frac{\sigma \cdot Z_{1-\alpha/2}}{d} \right)^2 = 0,05 \text{ (sai lầm loại 1);}$$

$\sigma = 8,5$ là độ lệch chuẩn của giá trị độ ẩm thượng bì theo nghiên cứu của B. Y. Kwon và cs. (2019) $d = 2,1$ (sai số ước tính).

Cỡ mẫu tối thiểu là 63 bệnh nhân chàm bàn tay.

Thu thập dữ liệu: Nghiên cứu viên, sau khi có sự đồng ý của người tham gia nghiên cứu, tiến hành phỏng vấn và thăm khám lâm sàng nhằm xác định triệu chứng, mức độ nặng của bệnh. Đồng thời ghi nhận thông tin cơ bản, tiền sử cá nhân, tiền sử gia đình và các yếu tố dịch tễ liên quan.

Độ ẩm lớp sừng thượng bì được đo bằng máy MoistureMeterSC (Delfin Technologies, Phần Lan) tại ba vị trí: ngón trỏ, lòng bàn tay và lưng bàn tay. Nhiệt độ phòng là $22^{\circ}\text{C} - 24^{\circ}\text{C}$ với độ ẩm trung bình là 50% (phạm vi 40%-60%). Trước khi đo, bệnh nhân rửa tay với sản phẩm không chứa xà phòng và lau khô bằng vải mềm; nhiệt độ nước ngang với nhiệt độ phòng và thời gian rửa tay từ 1 đến 2 phút. Sau khi để tay khô tự nhiên trong 5 phút, vùng da thao tác được lau sạch bằng gạc khô và tiến hành đo trên vùng da tại vị trí đã quy định. Mỗi vị trí đo 3 lần, lấy giá trị trung bình. Đơn vị đo của chỉ số độ ẩm lớp sừng (SCH) là au.

Mức độ nặng của chàm bàn tay được đánh giá theo thang điểm HECSI, dựa trên mức độ triệu chứng và diện tích thương tổn³.

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng Microsoft Excel 365 và IBM SPSS phiên bản 26. Biến định tính được mô tả dưới dạng tần số (n) và tỷ lệ phần trăm (%). Biến định lượng có phân phối không chuẩn được mô tả bằng trung vị (median) và khoảng tứ phân vị (interquartile range – IQR). Mối liên quan giữa các biến định tính được phân tích bằng kiểm định chính xác Fisher. Ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu: Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học, Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh phê duyệt (số 2072/ĐHYD-HĐĐĐ, ngày 23/8/2024).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng 127 đối tượng tham gia nghiên cứu với độ tuổi trung vị của nhóm bệnh là 42 tuổi (khoảng tứ phân vị từ 24 đến 59 tuổi), thấp hơn nhóm chứng (44 tuổi) tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Thủ Đức, TP.HCM trong thời gian nghiên cứu. Đặc điểm dân số - xã hội của bệnh nhân chàm bàn tay được mô tả trong bảng 1:

Bảng 1. Đặc điểm xã hội học của nhóm bệnh và nhóm chứng (N = 127)

Đặc điểm xã hội học	Nhóm chứng (n = 64)	Nhóm bệnh (n = 63)	p
			OR (KTC 95%)
Giới tính; n (%)			
Nam	16 (25)	19 (30,2)	0,515
Nữ	48 (75)	44 (69,8)	0,77 (0,35 - 1,69)
Học vấn; n (%)			
Cấp 1 – Cấp 2	25 (39,1)	20 (31,8)	0,439
Cấp 3	15 (23,4)	22 (34,9)	
Đại học-Sau đại học	24 (37,5)	21 (33,3)	
Nghề nghiệp; n (%)			
Công việc tay chân	24 (37,5)	33 (50,8)	0,276
Nhân viên văn phòng	16 (25)	10 (14,3)	
Nhân viên y tế	8 (12,5)	5 (7,9)	
Sinh viên	8 (12,5)	6 (9,5)	
Khác	8 (12,5)	11 (17,5)	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về giới tính, dân tộc và nghề nghiệp giữa nhóm bệnh với nhóm chứng (Kiểm định Chi bình phương)

Bảng 2. So sánh tiền sử dị ứng, bệnh nền giữa nhóm bệnh và nhóm chứng (N = 127)

Đặc điểm tiền sử	Nhóm chứng (n = 64)	Nhóm bệnh (n = 63)	p**
			OR (KTC 95%)
Tiền sử dị ứng; n (%)			
Không	64 (100)	41 (65,1)	< 0,001
Viêm da cơ địa	0 (0)	12 (19)	
Viêm mũi dị ứng	0 (0)	7 (11,1)	
Hen phế quản	0 (0)	3 (4,8)	
Tiền sử viêm da; n (%)			
Không	64 (100)	0 (0)	< 0,001
Có	0 (0)	63 (100)	-
Loại kích ứng; n (%)			
Không	64 (100)	13 (20,6)	< 0,001
Hoá học	0 (0)	49 (77,8)	
Vật lý	0 (0)	1 (1,6)	
Tiền sử gia đình; n (%)			
Có	2 (3,1)	8 (12,7)	0,064
Không	62 (96,9)	55 (87,3)	4,51 (0,92-22,14)

** Kiểm định chính xác Fisher

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm bệnh và nhóm chứng về yếu tố tiền sử dị ứng, tiền sử viêm da, loại kích ứng.

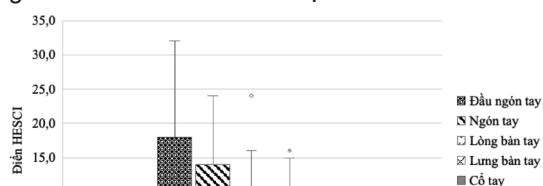
Thời điểm khởi phát bệnh trung vị là 1 tháng và thời điểm diễn tiến bệnh có trung vị 33 tháng. Các đặc điểm tác nhân kích ứng và bệnh nền đồng mắc của bệnh nhân được mô tả ở bảng 3.

Bảng 3. Tác nhân kích ứng, bệnh đồng mắc và biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân chàm bàn tay (N = 63)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tác nhân kích ứng		
Không	13	20,6
Chất tẩy rửa	31	49,2
Hoá chất	6	9,5
Khác	13	20,6
Bệnh đồng mắc		
Đái tháo đường	4	6,3
Tăng huyết áp	9	14,3
Không	50	79,4
Giai đoạn bệnh		
Bán cấp	21	33,3
Mạn tính	42	66,7
Thể lâm sàng		
Viêm da bàn tay dị ứng mạn tính	14	22,2
Tổ đĩa	0	0
Chàm tăng sừng	0	0

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm da tiếp xúc dị ứng	17	27
Viêm da tiếp xúc kích ứng	32	50,8
Biện pháp điều trị		
Phối hợp	23	36,5
Chỉ dùng corticosteroids	29	46
Chỉ dùng dưỡng ẩm	6	9,5
Không điều trị	5	8

Nhận xét: Tác nhân chất tẩy rửa được ghi nhận với tỉ lệ cao (49,2%). Đa số bệnh nhân không có các bệnh nền đồng mắc. Bệnh nhân chàm bàn tay chủ yếu ở giai đoạn mạn tính (66,7%). Tỉ lệ bệnh nhân sử dụng corticosteroids bôi đơn độc là 46%.



Biểu đồ 1. Điểm HECSI theo vị trí tổn thương

Nhận xét: Điểm HECSI đầu ngón tay có giá trị trung vị cao có ý nghĩa thống kê so với các vị trí còn lại, với giá trị 12,6 điểm (khoảng tứ phân vị từ 6 đến 16 điểm), trong khi vùng cổ tay không có tổn thương. (Kiểm định Friedman).

Bảng 4. Giá trị SCH của nhóm bệnh (N=63) và nhóm chứng (N=64) theo từng vị trí

SCH Trung vị (tứ phân vị)	Tổng (n=127)	Nhóm chứng	Nhóm bệnh	p†
Ngón trở	35,1 (18,5; 47,4)	45,5 (35,8; 53,1)	19 (13,4; 31,6)	p < 0,001
Lòng bàn tay	33,2 (21,9; 43,3)	39 (31,7; 46,3)	25,1 (12,4; 37,9)	p < 0,001
Lưng bàn tay	33,3 (26,3; 40,1)	35,6 (30,9; 41)	29,6 (22,5; 38,5)	0,001

Kiểm định Mann-Whitney

Nhận xét: Giá trị SCH (ở tất cả vị trí khảo sát: ngón tay, lòng bàn tay, lưng bàn tay) của nhóm bệnh thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (p < 0,05).

Bảng 5. Mối tương quan giữa giá trị SCH với HECSI ở bệnh nhân chàm bàn tay

Vị trí	Hệ số tương quan r	p
Ngón trở	-0,195	0,125
Lòng bàn tay	-0,108	0,401
Lưng bàn tay	-0,016	0,902

Tương quan Spearman

Nhận xét: Không có tương quan giữa giá trị SCH với HECSI ở bệnh nhân chàm bàn tay trong nhóm nghiên cứu.

Bảng 6. Mối liên quan giữa giá trị SCH với các đặc điểm dân số - xã hội và dịch tễ

N = 63		Giá trị SCH ngón trỏ	Giá trị SCH lòng bàn tay	Giá trị SCH lưng bàn tay
Giới tính	Nam	17,2 (10,7; 31,1)	25,3 (10,5; 42,8)	29,1 (22,5; 37,5)
	Nữ	18,8 (14; 26,6)	21 (11,9; 30,1)	29 (20,3; 37,1)
p [†]		0,544	0,271	0,857
Tiền sử dị ứng	Có	17,8 (13,4; 24,3)	15,2 (11,1; 26)	28,4 (22,5; 33,5)
	Không	18,9 (11,8; 30,1)	25,1 (17,2; 35,5)	29,6 (20; 40,1)
p [†]		0,599	0,056	0,403
Tác nhân dị ứng	Không có	18,4 (13,8; 22,3)	12,8 (11,4; 25,5)	28,3 (22,5; 33,4)
	Hoá học	18,9 (12,3; 30,1)	25 (15,8; 32,6)	29,6 (20; 37,5)
	Vật lý	5,5	29,6 (20; 37,5)	28,5
p [§]		0,319	0,102	0,799
Tiền sử gia đình	Có	14,9 (13,3; 28,4)	21,8 (13,2; 28,5)	23 (19,7; 30,3)
	Không	18,7 (13,2; 27,2)	23,4 (11,9; 32,6)	29,6 (22,2; 37,5)
p [†]		0,613	0,812	0,137
Chất gây dị ứng	Không có	18,4 (13,8; 22,3)	12,8 (11,4; 25,5)	28,3 (22,5; 33,4)
	Chất tẩy rửa	18,3 (10,4; 27,2)	24,8 (11,9; 35,5)	27,3 (19,3; 35,3)
	Hoá chất	21 (17,2; 24,3)	22,4 (11,1; 30,7)	37,1 (33,5; 45,8)
	Khác	19,7 (12,3; 34,8)	25 (19; 29,4)	31,7 (22,2; 37,5)
p [§]		0,628	0,452	0,239
Bệnh nền	Không có	18,4 (12,3; 26)	25,1 (11,9; 35,5)	29,9 (22,5; 37,5)
	Đái tháo đường	17,7 (12,8; 25,1)	12,4 (7,5; 23,9)	34,6 (21,9; 43,3)
	Tăng huyết áp	22,3 (18; 27,2)	18 (15,8; 20,1)	23,3 (17,3; 40,1)
p [§]		0,487	0,296	0,057
Giai đoạn bệnh	Bán cấp	18,3 (13,2; 22,2)	25,3 (22,9; 37,4)	29,6 (24,8; 40,1)
	Mạn tính	19 (12,3; 27,2)	17,9 (11,1; 30,7)	28,5 (19,3; 35)
p [†]		0,816	0,083	0,177

Kiểm định Mann-Whitney; [§]Kiểm định Kruskal-Wallis

Nhận xét: Không ghi nhận mối liên quan của giá trị SCH các vị trí với đặc điểm dân số - xã hội, dịch tễ (p > 0,05).

IV. BÀN LUẬN

Khi so sánh giữa nhóm bệnh và nhóm chứng, nghiên cứu không phát hiện thấy sự khác biệt về độ tuổi và giới tính giữa hai nhóm (p > 0,05), phù hợp về phương pháp chọn bệnh nhân bắt cặp và đảm bảo hạn chế sự thiên lệch của tuổi và giới khi phân tích sâu kết cục điều trị.

Độ tuổi trung vị của bệnh nhân chàm bàn tay là 42 tuổi, với khoảng tứ phân vị trải dài từ 24 đến 59 tuổi. Nghiên cứu của R. Varma và cộng sự (2021)⁴ đã ghi nhận độ tuổi trung bình của các bệnh nhân chàm

bàn tay là 41,3 tuổi; độ tuổi của bệnh nhân trong các nghiên cứu tiêu biểu cũng có sự nhất quán với tính chất bệnh nghề nghiệp của chàm bàn tay: các công việc tiếp xúc với nước và độ ẩm cao sẽ làm tăng nguy cơ mắc chàm bàn tay. Nữ giới cũng chiếm tỉ lệ cao hơn so với nam giới trong nhóm bệnh nhân chàm bàn tay (69,8% so với 30,2%); nhiều nghiên cứu cũng cho thấy nữ giới mắc chàm bàn tay chiếm ưu thế trong dân số nghiên cứu.⁵ Tỉ lệ nữ giới trong nhóm bệnh cao hơn, tương đồng với các nghiên cứu trước, có thể do vai trò chăm sóc gia đình và tiếp xúc với chất tẩy rửa thường xuyên.

Thời gian diễn tiến trung vị của chàm bàn tay là 33 tháng, cao hơn so với một số nghiên cứu trên thế giới. Sự khác biệt về thời gian diễn tiến bệnh có thể do ảnh hưởng bởi nhận thức và sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân; nghiên cứu này không khảo sát các vấn đề liên quan đến nhận thức và tuân thủ điều trị nên chưa đủ cơ sở để xác nhận giả thuyết này. Tuy nhiên, thời gian diễn tiến bệnh lại khá tương đồng với tỉ lệ chàm bàn tay thể mạn tính là 66,7%; thể mạn tính được định nghĩa là những trường hợp bệnh kéo dài trên 3 tháng hoặc có ít nhất 2 đợt khởi phát mỗi năm tính từ khi điều trị khởi hoàn toàn lần đầu tiên.

Tiền sử dị ứng và tiền sử viêm da xuất hiện chủ yếu trên nhóm bệnh nhân chàm bàn tay, trong đó viêm da cơ địa là tiền sử được ghi nhận với tỉ lệ cao. Hầu hết các tiêu chuẩn chẩn đoán chàm bàn tay đều ưu tiên ghi nhận tiền sử dị ứng và viêm da cơ địa, trong đó, tiền sử viêm da cơ địa được cho là có liên quan mật thiết đến bệnh chàm bàn tay.⁵ Tiền sử viêm da cơ địa không chỉ đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán mà còn ảnh hưởng đến tiên lượng bệnh. Một số nghiên cứu quan sát đoàn hệ đã ghi nhận tiền sử viêm da cơ địa là một yếu tố tiên lượng kém trong điều trị chàm bàn tay.⁵ Phân loại kích ứng da cũng đóng vai trò quan trọng, với kích ứng hoá học chiếm tỉ lệ cao (77,8%). Các chất hoá học sử dụng trong đời sống thường ngày hoặc trong công việc có thể làm mất lớp lipid trên da, khiến các kháng nguyên tiếp xúc trực tiếp với hệ miễn dịch của cơ thể và khởi đầu vòng xoắn bệnh lý. Khi bệnh nhân liệt kê các chất hoá học thường xuyên tiếp xúc, nghiên cứu nhận thấy việc sử dụng chất tẩy rửa chiếm 49,2%, đạt tỉ lệ cao nhất trong số các tác nhân kích ứng. Những con số thống kê này đều đưa đến một điểm then chốt, nguy cơ chàm bàn tay sẽ tăng khi lớp lipid của da bị giảm và giảm độ ẩm da. Như vậy, việc đánh giá độ ẩm lớp sừng thượng bì là một hướng mới trong khảo sát diễn tiến chàm bàn tay, liên quan trực tiếp với cơ chế bệnh sinh.

Điểm HECSI cao nhất ở đầu ngón tay, phù hợp với giá trị SCH thấp nhất tại vùng này – cho thấy mối liên quan giữa tổn thương lâm sàng và giảm độ ẩm. Trong khi đó, SCH là chỉ số đại diện cho lượng nước ở lớp sừng thượng bì của da.⁷ Một lượng nhỏ nước thoát ra qua da (thất thoát hơi nước) đóng vai trò thiết yếu trong việc duy trì độ ẩm cho lớp ngoài cùng của lớp sừng, bởi phần lớn độ ẩm tại đây có nguồn gốc từ quá trình khuếch tán nước từ các lớp sâu bên trong da. Độ ẩm này được giữ lại nhờ các tế bào sừng giàu protein – thành phần chính cấu tạo nên lớp sừng. Trên nhóm bệnh nhân chàm bàn tay, giá trị SCH của ngón trỏ thấp nhất; đặc điểm này tương đồng với độ nặng lâm sàng HECSI của vùng ngón tay đã phân tích trước đó. Dựa theo đặc điểm bệnh sinh, sự sụt giảm lớp lipid của da sẽ dẫn đến suy yếu hàng rào bảo vệ của da, gây tăng thất thoát nước qua thượng bì (thể hiện qua thông số TEWL – transepidermal water loss)

và dẫn đến giảm độ ẩm lớp sừng thượng bì; đồng thời, suy yếu hàng rào bảo vệ da cũng khiến da mẫn cảm hơn với các kháng nguyên, tạo điều kiện cho những tác nhân này tiếp xúc hệ miễn dịch tại chỗ, hình thành nên vòng xoắn rối loạn miễn dịch của da.

Chúng tôi không ghi nhận mối liên quan giữa giá trị SCH từng vị trí với các đặc điểm dân số - xã hội và dịch tễ; điều này có thể được giải thích dựa vào cỡ mẫu tương đối nhỏ, khiến cho sự khác biệt giữa các nhóm chưa được làm rõ. Dựa trên cơ chế bệnh sinh của chàm bàn tay, chúng tôi cũng tiến hành phân tích mối tương quan giữa điểm HECSI và giá trị SCH ở ngón trỏ và lòng bàn tay; đây là hai vị trí được ghi nhận trong cả hai thang đo. Điều này cho thấy SCH hữu ích để nghiên cứu về hàng rào bảo vệ da, nhưng không phản ánh toàn diện mức độ lâm sàng (ban đỏ, nứt nẻ, rỉ dịch, bong vảy) của bệnh nhân chàm bàn tay, đối tượng chịu tác động bởi nhiều yếu tố như tính chất công việc, dị nguyên, tiếp xúc chất kích thích hoặc quá trình viêm mạn tính. Tuy nhiên do cỡ mẫu nghiên cứu còn hạn chế, cần thực hiện thêm nhiều nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn, đa trung tâm để tăng độ khách quan và tin cậy của kết quả nghiên cứu.

Hạn chế chủ yếu của nghiên cứu này là chưa bao gồm đầy đủ dữ liệu khảo sát da như đo lượng chất bã và đo mức độ sừng hoá. Khi có đầy đủ dữ liệu sinh lý da, các tổn thương chàm bàn tay có thể được quan sát đa chiều và khám phá những trị liệu phù hợp. Mặc dù nghiên cứu đã ghi nhận nhiều yếu tố liên quan đến nhóm bệnh như tiền sử dị ứng, tiếp xúc chất tẩy rửa, bệnh nền..., tuy nhiên chưa tiến hành phân tích đa biến để xác định yếu tố nguy cơ độc lập liên quan đến giảm SCH. Đây là hướng đi cần thiết trong các nghiên cứu tiếp theo để hỗ trợ xây dựng thang điểm tiên đoán tổn thương hàng rào da.

V. KẾT LUẬN

Kết quả cho thấy bệnh chàm bàn tay trong quần thể nghiên cứu chiếm phần lớn là thể mạn tính với nhiều yếu tố nguy cơ đi kèm, như tiền sử bệnh dị ứng, viêm da và tiếp xúc chất tẩy rửa. Trên những bệnh nhân này, giá trị SCH phản ánh tổn thương sinh lý da và có thể là chỉ dấu hỗ trợ trong theo dõi bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Armstrong A, Hahn-Pedersen J, Bartlett C, Glanville J, Thyssen JP.** Economic Burden of Chronic Hand Eczema: A Review. *Am J Clin Dermatol.* 2022;23(3):287–300.
2. **Pacha O, Sambrano BL, Hebert AA.** Skin Barrier Repair in Eczema: A Review of Current Understanding of Pathophysiology and Treatment. *Curr Dermatol Rep.* 2012 Sept 1;1(3):115–22.
3. **Held E, Cvetkovski R, Johansen JD, Agner T.** The hand eczema severity index (HECSI): A scoring system for clinical assessment of hand eczema. A study of inter- and intraobserver reliability. *Br J*

Dermatol. 2005 Mar 1;152:302–7.

4. **Varma R, Devi K, Asokan N.** A Cross-Sectional Analysis on Hand Eczema: Severity and Quality of Life. Indian Dermatol Online J. 2021 Dec;12(6):952.
5. **Quaade AS, Simonsen AB, Halling AS, Thyssen JP, Johansen JD.** Prevalence, incidence, and severity of hand eczema in the general population - A systematic review and meta-analysis. Contact Dermatitis. 2021

June;84(6):361–74.

6. **Loh EDW, Yew YW.** Hand hygiene and hand eczema: A systematic review and meta-analysis. Contact Dermatitis. 2022 Oct;87(4):303–14.
7. **Mojumdar EH, Pham QD, Topgaard D, Sparr E.** Skin hydration: interplay between molecular dynamics, structure and water uptake in the stratum corneum. Sci Rep. 2017 Nov 16;7(1):15712.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ KHU VỰC THUẬN AN

Nguyễn Thị Hoàng Yến¹, Phan Minh Khánh², Trần Thị Mai³,
Trần Huỳnh Kỳ Thoại⁴, Thạch Minh Hạnh⁵, Trần Huỳnh Vĩnh Phúc⁶

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị nội trú và phân tích mối liên quan giữa bạch cầu ái toan (BCAT) với kết quả điều trị.

Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 79 bệnh nhân.

Kết quả: Đa số là nam giới lớn tuổi (≥ 60 tuổi: 65,8%), có tiền sử hút thuốc (97,5%), với triệu chứng điển hình và chủ yếu thuộc nhóm bệnh nặng (GOLD C, D: 94,9%). Tỷ lệ BCAT ≥ 300 tế bào/ μL chiếm 60,8%. Hầu hết bệnh nhân được điều trị bằng kháng sinh phối hợp Cephalosporin, thời gian nằm viện trung bình 9 ngày, tỷ lệ tái nhập viện 63,3%. Nhóm có BCAT ≥ 300 có nguy cơ tái nhập viện cao hơn nhưng thời gian nằm viện ngắn hơn ($p < 0,001$).

Kết luận: Bệnh nhân BPTNMT nội trú có đặc điểm lâm sàng nặng, BCAT tăng khá phổ biến và có liên quan đến kết quả điều trị, đặc biệt là nguy cơ tái nhập viện.

Từ khóa: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, bạch cầu ái toan, đợt cấp COPD.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF HOSPITALIZED PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT THUAN AN REGIONAL MEDICAL CENTER

¹ Khoa Hồi Sức Cấp Cứu, Bệnh viện Chợ Rẫy

² Trường Cao đẳng Y tế Bình Dương

³ Phòng Điều dưỡng, Trung tâm Y tế khu vực Thuận An

⁴ Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh

⁵ Khoa Nội tổng hợp, Trung tâm Y tế khu vực Thuận An

⁶ Bệnh viện đa khoa Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoàng Yến

Email: hoangyendd11@gmail.com

Mã bài: N432

Ngày nhận bài: 24/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 23/3/2026

Ngày duyệt bài: 23/4/2026

Objective: This study aimed to describe the clinical and paraclinical characteristics, treatment outcomes of hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), and to analyze the association between blood eosinophil count (BEC) and treatment outcomes.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 79 patients.

Results: The majority were elderly males (≥ 60 years: 65.8%) with a history of smoking (97.5%). Most patients presented with typical symptoms and were classified into severe groups (GOLD C and D: 94.9%). The proportion of patients with BEC ≥ 300 cells/ μL was 60.8%. Most patients received combination antibiotic therapy with cephalosporins. The mean length of hospital stay was 9 days, and the readmission rate was 63.3%. Patients with BEC ≥ 300 cells/ μL had a higher risk of readmission but a shorter length of hospital stay ($p < 0.001$).

Conclusion: Hospitalized COPD patients were predominantly elderly males with severe clinical characteristics. Elevated BEC was common and was associated with treatment outcomes, particularly an increased risk of readmission.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, eosinophils, COPD exacerbation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là một bệnh lý hô hấp mạn tính phổ biến, đặc trưng bởi tình trạng hạn chế luồng khí kéo dài và tiến triển, không hồi phục hoàn toàn, liên quan đến đáp ứng viêm bất thường của đường thở và nhu mô phổi đối với các tác nhân có hại, đặc biệt là khói thuốc lá và ô nhiễm môi trường [1]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, BPTNMT hiện là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn cầu và dự báo tiếp tục gia tăng trong những thập kỷ tới [2]. Bệnh không chỉ gây gánh nặng đáng kể về tỷ lệ mắc và tử vong mà còn làm suy giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh, gia tăng số lần nhập viện và chi phí chăm sóc y tế [3].