

KỸ THUẬT SINH THIẾT DA BẰNG PUNCH

Lê Thị Hải Yến¹, Phạm Đình Hòa¹, Bùi Thị Phương Minh¹

TÓM TẮT

Sinh thiết da là kỹ thuật đơn giản nhưng rất quan trọng để chẩn đoán các bệnh lý về da. Thực hiện kỹ thuật đúng cách sẽ giúp đưa ra kết quả mô bệnh học chính xác. Điều này có liên quan tới chỉ định, lựa chọn đúng vị trí sinh thiết, thực hiện đúng quy trình thực hiện kỹ thuật, xử lý bệnh phẩm và chăm sóc sau sinh thiết. Sinh thiết da bằng punch là kỹ thuật phổ biến nhất do đơn giản, dễ thực hiện, ít biến chứng và có thể lấy được đủ mẫu mô cần thiết để làm xét nghiệm.

Từ khóa: Punch, sinh thiết da.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh thiết da là kỹ thuật xâm lấn tối thiểu nhằm lấy mẫu mô da từ một phần cơ thể giúp chẩn đoán và điều trị các bệnh lý về da. Đây là thủ thuật đơn giản và phổ biến được thực hiện bởi bác sĩ da liễu.¹ Các kỹ thuật sinh thiết da bao gồm sinh thiết cạo (shave biopsy), sinh thiết đục lỗ (punch biopsy), sinh thiết cắt bỏ hoàn toàn (excisional biopsy), sinh thiết cắt bỏ một phần (incisional biopsy). Kỹ thuật sinh thiết da lý tưởng là kỹ thuật được tiến hành nhanh, dễ dàng, đảm bảo lấy đủ mẫu mô cần thiết để làm xét nghiệm mà vẫn đảm bảo tính thẩm mỹ cho bệnh nhân.²

Sinh thiết da bằng punch là kỹ thuật đơn giản và phổ biến nhất, sử dụng một lưỡi dao hình tròn xoay qua lớp thượng bì, trung bì và hạ bì tạo ra một mẫu mô da có hình trụ, đường kính từ 3 - 10 mm, vừa phục vụ cho xét nghiệm mô bệnh học và một số xét nghiệm khác giúp chẩn đoán các bệnh lý về da, vừa điều trị một số tổn thương có kích thước nhỏ.³

2. NỘI DUNG

2.1. Chỉ định

Sinh thiết da bằng punch được chỉ định để chẩn đoán các tổn thương u nghi ngờ ác tính, bệnh da bong nước, bệnh lý của tóc, các bệnh về móng, tổn thương da không điển hình hoặc để điều trị một số vấn đề về da như nốt ruồi, u hạt nhiễm khuẩn.²

¹Bệnh viện Da liễu Trung ương
DOI:10.56320/tcdlhnv.45.190



2.2. Chống chỉ định

- Chống chỉ định tuyệt đối:
- + Dị ứng với thành phần của thuốc gây tê.
- Chống chỉ định tương đối.
- + Nhiễm trùng tại chỗ đang hoạt động.
- + Tổn thương nghi ngờ ung thư tế bào hắc tố.
- + Rối loạn đông máu, chảy máu (thiếu hụt yếu tố đông máu, do thuốc chống đông).
- + Bệnh lý tim mạch chưa ổn định (liên quan đến thuốc gây tê).
- + Bệnh nhân không chấp nhận do vấn đề sẹo sau sinh thiết (sẹo lồi, sẹo xấu ở vùng thẩm mỹ).²

2.3. Ưu điểm và hạn chế

Sinh thiết da bằng punch là kỹ thuật đơn giản, dễ thực hiện, tốc độ lành thương nhanh, vết sẹo thường nhỏ, nguy cơ nhiễm trùng và chảy máu thấp, có thể sinh thiết cùng lúc ở nhiều vị trí

khác nhau. Đối với tổn thương có kích thước nhỏ, có thể cắt bỏ hoàn toàn tổn thương với phần da lành ít hơn. Tuy nhiên, kỹ thuật này cũng có một vài hạn chế như:

- Không lấy được đủ mẫu với các tổn thương nghi ngờ ung thư tế bào hắc tố hoặc tổn thương có kích thước lớn, không đồng nhất do đó sẽ ảnh hưởng tới việc đánh giá giai đoạn, tiên lượng bệnh của bác sĩ lâm sàng.
- Sử dụng punch có kích thước nhỏ chỉ lấy được phần nông của da. Không đánh giá được các cấu trúc sâu hơn ở hạ bì như mô mỡ, cân cơ, hành lông.⁴

2.4. Kỹ thuật sinh thiết

2.4.1. Lựa chọn vị trí sinh thiết

Với mỗi bệnh lý cần lựa chọn đúng vị trí sinh thiết sẽ giúp đưa ra kết quả mô bệnh học chính xác.⁵

Bảng 1. Lựa chọn vị trí sinh thiết⁶

Bệnh lý/ tổn thương	Vị trí thích hợp
Khối u	Phần dày nhất, tránh vùng hoại tử
Bọng nước	Chọn bọng nước mới xuất hiện trong 48 giờ. - Nhuộm hematoxylin 2 màu: Sinh thiết toàn bộ bọng nước đối với bọng nước nhỏ hoặc một phần bọng nước đối với bọng nước lớn cùng với một phần da quanh bọng nước. - Miễn dịch huỳnh quang trực tiếp: Sinh thiết vùng da cạnh bọng nước, cách bờ bọng nước 3 - 10 mm.
Tổn thương loét/hoại tử	Bờ vết loét và một phần da cạnh tổn thương.
Ban đỏ đa dạng hình thái	Tổn thương điển hình và mới xuất hiện gần đây.
Viêm mạch nhỏ	Nhuộm hematoxylin 2 màu: Tổn thương xuất hiện trên 72 giờ. Nhuộm miễn dịch huỳnh quang trực tiếp: Tổn thương xuất hiện dưới 24 giờ.

Khi lựa chọn vị trí sinh thiết, nên tránh lựa chọn sinh thiết ở vị trí khó liền vết thương như mặt trước xương chày, khuỷu tay, đầu gối; vị trí gây ảnh hưởng nhiều về thẩm mỹ như vùng mặt; vị trí có thể gây tổn thương thần kinh, động mạch; vùng có thể gây nhiễm trùng thứ phát như nách, bẹn.

2.4.2. Các bước tiến hành sinh thiết da⁷

2.4.2.1. Chuẩn bị dụng cụ

- Bàn dụng cụ.
- Dao điện (để cầm máu).
- Bộ dụng cụ vô khuẩn bao gồm:
 - + Kẹp cầm máu.
 - + Kẹp phẫu tích.
 - + Kim cặp kim.
 - + Kéo.
 - + Dao khoan (punch biopsy) (kích thước từ 3 - 5 mm).
- Thuốc và vật tư tiêu hao.
 - + Dung dịch sát khuẩn povidon 10%.
 - + Dung dịch nước muối sinh lý.
 - + Thuốc tê lidocain 1% (1-2 ống) pha với adrenalin 1/100.000.
 - + Gạc vô khuẩn.
 - + Bơm tiêm 1 mL.
 - + Chỉ khâu (chỉ không tiêu nylon/prolene/ethylon 4.0 - 6.0 hoặc vicryl/catgut 4.0 - 5.0).
 - + Toan vô khuẩn (có lỗ, bằng vải hay bằng giấy).
 - + Găng vô khuẩn.
 - + Trang phục bảo hộ cho phẫu thuật viên (mũ, khẩu trang, áo nếu cần).
 - + Giá để ống xét nghiệm.
 - + Lọ chứa bệnh phẩm (có formalin 10%).

+ Urgo/gạc băng vết thương.

2.4.2.2. Chuẩn bị bệnh nhân

- Tư vấn và giải thích cho bệnh nhân về:
 - + Tình trạng bệnh.
 - + Sự cần thiết phải làm sinh thiết.
 - + Các bước thực hiện.
 - + Các biến chứng có thể có.
 - + Thời gian trả kết quả.
- Kiểm tra:
 - + Hỏi tiền sử dị ứng của bệnh nhân, đặc biệt với thuốc tê.
 - + Các bệnh rối loạn đông máu.
 - + Sử dụng các thuốc chống đông.
 - + Các bệnh mạn tính như hen phế quản, tim mạch, tiểu đường.

2.4.2.3. Các bước tiến hành

a) Chuẩn bị vị trí sinh thiết

- Giải thích cho bệnh nhân, hướng dẫn tư thế.
- Đánh dấu vị trí sinh thiết bằng mực phẫu thuật.
- Chụp ảnh hoặc ghi lại các mốc.
- Kẹp lông/tóc khi sinh thiết ở vùng đầu, sinh dục.
- Sát khuẩn tổn thương bằng cồn isopropyl/povidon-iodin/chlorhexidin gluconat)
- Trải toan vô khuẩn có lỗ trên vùng sinh thiết.

b) Gây tê tại chỗ

Thuốc tê thường được sử dụng là lidocaine 1 hoặc 2% có thể pha cùng epinephrin có tác dụng co mạch, giảm chảy máu, kéo dài thời gian tê và giảm độc tính của lidocain.⁸ Đối với tổn thương có kích thước nhỏ, tiến hành tiêm thuốc tê trực tiếp vào tổn thương hoặc xung quanh tổn thương. Còn



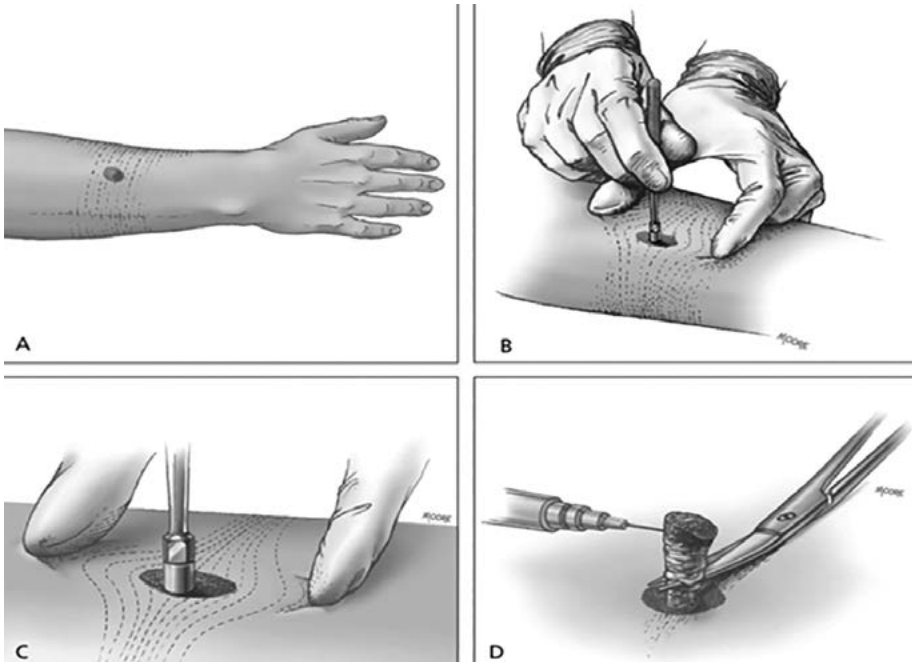
với tổn thương có kích thước lớn, tiêm thuốc tê ở xung quanh tổn thương. Có hai kỹ thuật tiêm thuốc tê đó là kỹ thuật tiêm nông (tiêm vào lớp trung bì) và kỹ thuật tiêm sâu (tiêm vào lớp hạ bì). Kỹ thuật tiêm nông sẽ đau hơn nhưng tác dụng tê nhanh hơn và làm nâng cao vị trí sinh thiết. Kỹ thuật tiêm sâu ít đau hơn nhưng tác dụng tê chậm hơn.

c) Tiến hành sinh thiết³

- Bước 1: Xác định đường Langer.
- Bước 2: Kéo căng da vuông góc với đường Langer bằng ngón cái và ngón trỏ của tay không thuận để tạo vết thương hình elip.
- Bước 3: Tay thuận cầm dao khoan (punch) ấn vuông góc về bề mặt của da, vừa ấn vừa xoay theo

chiều kim đồng hồ và ngược chiều kim đồng hồ, cắt sâu xuống mô mỡ.

- Bước 4: Dùng đầu kim tiêm nhẹ nhàng nhấc mẫu da lên, dùng kéo cắt sát đáy vết cắt.
- Bước 5: Cầm máu bằng cách dùng gạc ép vào vết cắt, đối với trường hợp chảy máu nhiều, khó cầm máu có thể dùng dao điện để cầm máu.
- Bước 6: Khâu bằng 1 - 2 mũi khâu rời đối với vết cắt có đường kính ≥ 4 mm. Các vết cắt có đường kính < 4 mm thường tự liền mà không cần khâu, chỉ cần dùng gạc ép vào vết cắt 5 phút để cầm máu.
- Bước 7: Bôi kháng sinh lên vết sinh thiết. Băng thương tổn bằng gạc vô khuẩn hoặc urgo.



Hình 1. Kỹ thuật sinh thiết da bằng punch⁷

Trong quá trình sinh thiết, không nên rút punch kiểm tra khi chưa sinh thiết tới lớp hạ bì. Đối với vị trí sinh thiết ở da đầu để chẩn đoán rụng tóc, cần lựa chọn punch có kích thước 4mm, tạo

thành góc 20 độ với bề mặt da đầu, dọc theo trục của sợi tóc và sinh thiết 2 mẫu để đánh giá cả mặt cắt dọc và mặt cắt ngang. Sinh thiết ở các vị trí như đầu, mặt, niêm mạc, môi thường chảy máu

nhiều, do đó cần có người phụ để cầm máu và nên sinh thiết sau tiêm thuốc tê 10 phút để giảm chảy máu.

2.4.3. Xử lý mẫu bệnh phẩm

Bảng 2. Dung dịch bảo quản bệnh phẩm sinh thiết⁶

Xét nghiệm	Dung dịch bảo quản
Mô bệnh học	Formalin 10%
Miễn dịch huỳnh quang trực tiếp	NaCl 0,9%
PCR	NaCl 0,9%
Nuôi cấy nấm, vi khuẩn	NaCl 0,9% không chứa chất bảo quản

Mẫu sinh thiết có kích thước lớn hơn 1 cm cần chia thành các mảnh nhỏ hơn và cần cắt qua tâm của tổn thương, có thể dùng màu để đánh dấu các bờ của mảnh cắt.

2.4.4. Chăm sóc sau sinh thiết

Chăm sóc sau sinh thiết có vai trò quan trọng trong giảm nguy cơ biến chứng và đảm bảo tính thẩm mỹ của vết sinh thiết. Cần giữ vết sinh thiết khô ráo trong vòng 24 giờ, thay băng trong 12 đến 24 giờ, sau đó có thể làm sạch vết sinh thiết bằng dung dịch sát khuẩn hoặc rửa bằng xà bông và nước (2 lần/ngày). Sau khi rửa, bôi mỡ kháng sinh và dưỡng ẩm.²

2.4.5. Cắt chỉ

- Thời gian cắt chỉ: Đối với vết sinh thiết ở vùng mặt là 5 - 7 ngày, thân mình và các chi 7 - 10 ngày. Nếu cắt chỉ quá sớm có thể gây hở mép vết khâu, còn cắt quá muộn sẽ tạo thành dấu ấn của chỉ khâu.⁵

- Kỹ thuật: Dùng kẹp phẫu tích không máu nâng chỉ gần nút chỉ và cắt chỉ bên còn lại gần sát bề mặt da. Rút chỉ bằng cách kéo qua bề mặt vết thương để làm giảm sang chấn cho vết khâu

Mẫu sinh thiết được bỏ nhẹ nhàng vào lọ có chứa dung dịch bảo quản phù hợp (Bảng 2), lọ đựng bệnh phẩm cần được dán nhãn với đầy đủ thông tin bệnh nhân như họ tên, năm sinh, mã bệnh nhân.⁵

2.4.6. Biến chứng

Sinh thiết da bằng punch thường đơn giản và ít biến chứng. Tuy nhiên, vẫn có thể gặp phải một số biến chứng liên quan tới trước, trong và sau sinh thiết.⁹

2.4.6.1. Biến chứng trước sinh thiết

- Sốc phản vệ: Sốc phản vệ có thể là một trong những biến chứng liên quan tới thuốc gây tê cục bộ mặc dù rất hiếm gặp. Do đó, cần làm test lấy da đối với các trường hợp nghi ngờ dị ứng với thuốc gây tê.

- Tiêm thuốc tê vào mạch máu có thể gây buồn nôn, nôn, chóng mặt, co giật, lú lẫn. Do đó cần hút trước tiêm để đảm bảo kim tiêm không đâm vào mạch máu.

- Cơ co thắt phế vị thường gặp ở những bệnh nhân hay lo lắng và những người có hệ thần kinh tự chủ không ổn định. Nên hỏi về tiền sử ngất trước khi thực hiện gây tê tại chỗ.

2.4.6.2. Biến chứng trong sinh thiết

- Đau nhẹ thường xảy ra khi sinh thiết da, liên quan tới tiêm không đủ lượng thuốc tê, khoảng thời gian từ khi tiêm thuốc tê đến khi thực hiện sinh thiết quá ngắn hoặc gây tê không đủ độ sâu.



- Chảy máu là biến chứng thường gặp nhất trong quá trình sinh thiết da nhưng hiếm khi đe dọa tính mạng. Thông thường ở người bình thường, cầm máu sẽ đạt được ngay sau khi thực hiện sinh thiết bằng cách ấn vào vết sinh thiết. Sử dụng đồng thời adrenaline với thuốc gây tê cục bộ cũng giúp giảm thiểu chảy máu.

2.4.6.3. Biến chứng sau sinh thiết

- Nhiễm trùng: Bệnh nhân có thể bị nhiễm trùng, đặc biệt ở các nếp gấp da, nách, háng và cẳng chân do không dùng kháng sinh sau sinh thiết, sử dụng dụng cụ không vô khuẩn, bệnh nhân suy giảm miễn dịch, tiền sử đái tháo đường.

- Sẹo: Bệnh nhân có thể có sẹo lõm, sẹo phì đại hoặc sẹo lồi sau sinh thiết, kèm theo tăng hoặc giảm sắc tố.

3. KẾT LUẬN

Sinh thiết da là kỹ thuật quan trọng giúp chẩn đoán và điều trị các bệnh lý về da. Sinh thiết da bằng punch là kỹ thuật phổ biến nhất, đơn giản, an toàn, dễ thực hiện, ít biến chứng, tuy nhiên, không nên áp dụng với tổn thương nghi ngờ ung thư hắc tố.

Cam kết không xung đột lợi ích

Bài viết có sự đồng thuận của từng thành viên trong nhóm tác giả về nội dung khoa học và sự đóng góp của từng tác giả trong việc phát triển và hoàn thiện bản thảo, cam kết không có xung đột lợi ích.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yang S, Kampp J. Common Dermatologic Procedures. *Med Clin North Am.* 2015;99(6):1305-1321. doi:10.1016/j.mcna.2015.07.004.
2. Khopkar U. Skin Biopsy - Perspectives.; 2011. doi:10.5772/833.
3. Punch Biopsy of the Skin | AAFP. Accessed May 13, 2024. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2002/0315/p1155.html>.
4. Essential Dermatopathology. Accessed May 13, 2024. <https://shop.lww.com/Essential-Dermatopathology/p/9781975183493>.
5. Bologna J, Jorizzo J, Schaffer J, et al. *Dermatology*, 3rd Edition. Elsevier; 2012.
6. Elston DM, Stratman EJ, Miller SJ. Skin biopsy: Biopsy issues in specific diseases. *Journal of the American Academy of Dermatology.* 2016;74(1):1-16. doi:10.1016/j.jaad.2015.06.033.
7. Pickett H. Shave and Punch Biopsy for Skin Lesions. *afp.* 2011;84(9):995-1002.
8. Arpey CJ. Biopsy of the skin. Thoughtful selection of technique improves yield. *Postgrad Med.* 1998;103(3):179-182, 185-189, 193-194. doi:10.3810/pgm.1998.03.420.
9. Abhishek K, Khunger N. Complications of skin biopsy. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery.* 2015;8(4):239. doi:10.4103/0974-2077.172206.

THẺ LỆ GỬI BÀI BÁO ĐĂNG TẠP CHÍ DA LIỄU HỌC VIỆT NAM

Tạp chí Da liễu học Việt Nam thuộc Hội Da liễu Việt Nam, xuất bản 3 tháng một số bằng tiếng Việt hoặc tiếng Anh. Tạp chí đăng tải các công trình nghiên cứu khoa học, các bài báo cáo ca lâm sàng, các bài tổng quan có liên quan tới chuyên ngành da liễu nhằm mục đích phổ biến, trao đổi thông tin, nâng cao kiến thức và thực hành trong lĩnh vực chuyên ngành da liễu. Ban Biên tập tạp chí ban hành thẻ lệ gửi bài báo đăng Tạp chí Da liễu học Việt Nam với các nội dung sau:

1. YÊU CẦU CHUNG CỦA MỘT BÀI BÁO

Bài gửi đăng Tạp chí Da liễu học Việt Nam phải có nội dung mới, liên quan đến chuyên ngành da liễu và phải là bài chưa gửi đăng hoặc xuất bản trên các tạp chí hay các hình thức xuất bản chính thức khác. Tác giả phải chịu trách nhiệm về nội dung bài báo và bản quyền tác giả, tạp chí không chịu trách nhiệm về sự trùng lặp của bài viết được đăng trong tạp chí với tạp chí khác.

Bản thảo được soạn bằng tiếng Việt hoặc tiếng Anh, sử dụng phần mềm Microsoft Word, định dạng trang A4, kiểu chữ Times New Roman, cỡ chữ 12, cách dòng 1,5, lề trái 3 cm, lề trên, dưới và phải 2 cm, đúng ngữ pháp, không có lỗi chính tả, theo cấu trúc quy định. Mỗi bài không quá 4000 từ không bao gồm bảng, hình minh họa và tài liệu tham khảo.

Nếu nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học phê duyệt, phải ghi rõ số và ngày của giấy chấp thuận đạo đức nghiên cứu.

Nếu bản thảo có nhiều tác giả tham gia thì phải xác định cụ thể tác giả chính, đồng tác giả và tác giả liên hệ. Tạp chí quy định tác giả đứng tên đầu và tác giả liên hệ được mặc định là tác giả chính. Nếu tác giả liên hệ không là tác giả đứng đầu thì được đặt cuối cùng, đứng trước là chữ “và” và được ký hiệu bằng hình *.

Bản thảo phải tuân theo quy định của Hội đồng Quốc tế Tổng Biên tập các Tạp chí Y học (International Committee of Medical Journal Editors, ICMJE) về quyền tác giả. Các bài báo nêu rõ vai trò của các cá nhân, tổ chức hỗ trợ, tài trợ nghiên cứu (nếu có) cùng cam kết không xung đột lợi ích liên quan đến nghiên cứu.

2. YÊU CẦU CỤ THỂ ĐỐI VỚI TỪNG LOẠI BÀI BÁO

Tác giả có bài gửi đăng tạp chí soạn bản thảo theo mẫu:

- Bài báo nghiên cứu khoa học: Phụ lục I. Mẫu bài Nghiên cứu khoa học
- Bài báo cáo ca lâm sàng: Phụ lục II. Mẫu bài Ca lâm sàng
- Bài tổng quan: Phụ lục III. Mẫu bài Tổng quan

3. HƯỚNG DẪN GỬI BÀI

Tác giả gửi bản thảo đã soạn đúng theo yêu cầu đến tạp chí qua 1 trong 2 hình thức trực tuyến sau đây:

- Trang tin điện tử của tạp chí: <https://vjdv.vn>.
- Thư điện tử của tạp chí: tapchidalieuvietnam.tw@gmail.com.

Ban thư ký tạp chí sẽ gửi phản hồi tình hình tiếp nhận bản thảo tới tác giả.

4. NỘ LỆ PHÍ GỬI ĐĂNG BÀI

Đối với bài nghiên cứu khoa học: Tác giả nộp lệ phí khi Ban Thư ký xác nhận bản thảo đã đáp ứng thể lệ và sẽ được gửi Ban Biên tập xét duyệt đăng. Lệ phí là 1.500.000 VNĐ/ bản thảo. Chuyển khoản về tài khoản sau:

- Tên chủ tài khoản: Hội Da liễu Việt Nam
- Số tài khoản: 117000087611 – Ngân hàng Viettinbank – CN Hoàng Mai
- Nội dung chuyển khoản: PhiguibaiTapchiTh + (tên đầy đủ của tác giả chính)

Sau đó, cần gửi hình ảnh minh chứng đã thanh toán về Tạp chí qua email: tapchidalieuvietnam.tw@gmail.com. Bản thảo chỉ được gửi Ban Biên tập xét duyệt khi tác giả đã nộp đủ lệ phí và gửi minh chứng nộp phí về tạp chí. Phí này không hoàn lại cho tác giả nếu bản thảo không được chấp nhận đăng hoặc tác giả yêu cầu rút bài.

Đối với bài báo cáo ca lâm sàng, tổng quan: Tác giả không phải nộp lệ phí.

5. QUY TRÌNH XÉT DUYỆT

Bản thảo sẽ được bình duyệt độc lập (phản biện kín 2 chiều) bởi ít nhất 2 chuyên gia đúng chuyên môn. Sau đó, tạp chí sẽ gửi tác giả bản nhận xét của phản biện. Tác giả có trách nhiệm sửa bản thảo và phản hồi ý kiến phản biện. Từ ý kiến nhận xét của phản biện và bài sửa của tác giả, Tổng Biên tập là người quyết định cuối cùng về bài được đăng và thời gian đăng.

Thời gian từ khi nhận bản thảo đáp ứng thể lệ của tạp chí đến khi có quyết định duyệt đăng/từ chối đăng thời gian tối đa là 02 tháng.

6. THÔNG TIN PHÁT HÀNH

Tác giả có bài báo được xuất bản trên Tạp chí sẽ được cấp 01 bản Chấp thuận đăng bài và được truy cập bản toàn văn của bài báo (miễn phí) khi phát hành trên trang thông tin điện tử của Tạp chí tại địa chỉ: <https://vjdv.vn>

Tác giả có nhu cầu nhận bản in vui lòng đăng ký với Ban Thư ký tạp chí qua email: tapchidalieuvietnam.tw@gmail.com.

Tác giả cần thêm thông tin xin liên hệ:

Ban thư ký Tạp chí Da liễu học Việt Nam

- Địa chỉ: Trung tâm Thử nghiệm lâm sàng, tầng 4, nhà 11 tầng, Bệnh viện Da liễu Trung ương - Số 15A, Phương Mai, Đống Đa, Hà Nội.

- Điện thoại: 0338310192

- E-mail: tapchidalieuvietnam.tw@gmail.com

- Website: <https://vjdv.vn>