Tạp chí DA LIỄU HỌC VIỆT NAM

*Tạp chí Da liễu học Việt Nam – Bài báo Nghiên cứu khoa học*

# SO SÁNH KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG BONG VẢY DA DO TỤ CẦU BẰNG ROCEPHIN VỚI CLOXACILLIN TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG

**Nguyễn Thị Thảo Nhi[1], Nguyễn Minh Hường[1], Lê Thị Hoài Thu[1], Nguyễn Doãn Tuấn[1,2], Lê Hữu Doanh[1,2], Nguyễn Thị Thanh Thùy[1,*]**

*[1]Trường Đại học Y Hà Nội*

*[2]Bệnh viện Da liễu Trung ương*

** Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Thanh Thùy; email:thuyvdl76@gmail.com*

*Ngày nhận bài:25/9/2024*

*Ngày phản biện:15/10/2024*

*Ngày chấp nhận đăng:04/12/2024*

*DOI:*

TCDLHVN-Số 50

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả điều trị hội chứng bong vảy da do tụ cầu (Staphylococcal Scalded Skin Syndrome –SSSS) bằng Rocephin với Cloxacillin tại Bệnh viện Da liễu Trung Ương

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng trên 30 bệnh nhân SSSS chia thành 2 nhóm ngẫu nhiên theo số thứ tự của bệnh nhân trong nghiên cứu. Nhóm 1 gồm các bệnh nhân số thứ tự lẻ điều trị bằng Cloxacillin liều 50-100 mg/kg/ngày chia làm 3 lần tiêm tĩnh mạch chậm cách nhau mỗi 8 giờ; Nhóm 2 gồm các bệnh nhân số thứ tự chẵn điều trị bằng Ceftriaxone pha truyền tĩnh mạch 1 lần duy nhất với liều lượng ở trẻ em là 50-75 mg/kg/ngày và ở người lớn là 2g/ngày. Đánh giá tiến triển lâm sàng sau mỗi 2 ngày**.** Đánh giá tác dụng không mong muốn của các thuốc sử dụng.

**Kết quả:** Bệnh đáp ứng nhanh với kháng sinh toàn thân sau mỗi 2 ngày điều trị, không có sự khác biệt giữa 2 nhóm (p>0,05). 100% bệnh nhân ở 2 nhóm khỏi, ra viện, không có biến chứng và di chứng, số ngày điều trị trung bình của bệnh nhân điều trị với Rocephin là 6,8 ± 1,1 ngày, nhóm bệnh nhân điều trị với Cloxacillin là 6,1 ± 1 ngày, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Không ghi nhận tác dụng phụ nào ở nhóm điều trị với Rocephin, có 3 bệnh nhân (20%) ở nhóm

điều trị với Cloxacillin có biểu hiện sẩn phù mày đay. Sự khác biệt về tác dụng phụ của 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê (p=0,068)

**Kết luận:** SSSS đáp ứng nhanh với kháng sinh toàn thân sau mỗi 2 ngày điều trị. Không có sự khác biệt về kết quả điều trị và thời gian điều trị trung bình giữa 2 nhóm. Không có trường hợp nào có tác dụng không mong muốn toàn thân, 20% bệnh nhân ở nhóm điều trị với Cloxacillin có biểu hiện sẩn phù mày đay.

**Từ khóa:** *Hội chứng bong vảy da do tụ cầu, SSSS, kháng sinh, Rocephin, Cloxacillin.*

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng bong vảy da do tụ cầu (Staphylococcal Scalded Skin Syndrome – SSSS) là bệnh nhiễm trùng da cấp tính do ngoại độc tố của tụ cầu vàng theo đường máu đến da gây nên. Bệnh có tên gọi khác là bệnh Ritter, Ritter von Rittershaim, Pemphigus trẻ sơ sinh[1]… Bệnh gây nên do tụ cầu vàng (Staphylococcus aureus) nhóm 2 với chủng gây độ là type 3A, 3B, 3C, 55 hoặc 71. Các chủng này tiết ra ngoại độc tố có tên là ngoại độc tố gây ly thượng bì. Có 2 loại ngoại độc tố ly giải thượng bì thường gặp là ETA và ETB, trong đó phần lớn là ETA. Các ngoại độc tố sau khi được giải phóng ra theo đường máu sẽ đến da. Tại da, các ngoại độc tố này sẽ cố định trực tiếp vào desmoglin 1 trên cầu nối gian bào của thượng bì gây đứt cầu nối, phá vỡ lớp hạt, bóc tách thượng bì và hình thành bọng nước[2].

SSSS có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi, tuy nhiên hầu hết gặp ở trẻ em sơ sinh và trẻ nhỏ. Bệnh thường gặp hơn ở các nước đang phát triển, có xu hướng thành dịch nhỏ tại nhà trẻ hoặc phòng nuôi dưỡng trẻ sơ sinh. Biểu hiện sớm của SSSS là ban đỏ, mụn nước, dần dần phát triển thành các bọng nước lớn, dễ vỡ, mất lớp thượng bì tạo thành các mảng trợt da rộng. Trường hợp nặng có thể bị bong trợt phần lớn diện tích da cơ thể, làm mất chức năng bảo vệ và dẫn đến nhiêm trùng, nhiễm độc nặng, thậm chí tử vong cho bệnh nhân. Ở người lớn, bệnh rất hiếm gặp và chỉ gặp trên những người suy giảm miễn dịch (nhiễm HIV, ung thư giai đoạn cuối hoặc suy thận). Người lớn bệnh thường nặng và thường có biểu hiện nhiễm khuẩn huyết kèm theo (cấy máu dương tính, ổ nhiễm khuẩn tiên phát thường ở phổi, xương, khớp)[2,3]

Trên thế giới, SSSS đã xảy ra thành dịch ở nhiều quốc gia, ở Pháp năm 1980 xảy ra vụ dịch lớn làm 68 trẻ sơ sinh mắc SSSS[4], ở Anh năm 1988 xảy ra vụ dịch trong 2 tháng ở

TCDLHVN-Số 50

khoa sản ghi nhận 12 trẻ sơ sinh mắc SSSS[5] và vụ dịch năm 2005 kéo dài trong 3 tháng với 13 trẻ sơ sinh mắc SSSS[6].

Về điều trị, SSSS thường đáp ứng nhanh với kháng sinh tại chỗ và toàn thân. Nếu được điều trị kịp thời thì bệnh thường khỏi trong vòng vài ngày. Trường hợp nhẹ, tổn thương da khu trú chỉ cần sử dụng kháng sinh bôi tại chỗ và kháng sinh đường uống. Trường hợp nặng, tổn thương da lan tỏa cần kết hợp kháng sinh bôi tại chỗ và kháng sinh toàn thân đường tiêm/truyền tĩnh mạch, bồi phụ điển giải, tăng cường dinh dưỡng và chống sốc cho người bệnh[7,8,9].

Ở Việt Nam hiện nay, các nghiên cứu về hiệu quả điều trị hội chứng bong vảy da do tụ cầu bằng kháng sinh còn rất hạn chế. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị hội chứng bong vảy da do tụ cầu bằng kháng sinh Cloxacillin và Ceftriaxone.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

30 bệnh nhân SSSS đến khám và điều trị nội trú tại Bệnh viện Da liễu Trung Ương từ 3/2023 - 11/2024. Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán SSSS điều trị nội trú trong thời gian nghiên cứu. Cha mẹ hoặc người bảo hộ đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: Dị ứng với kháng sinnh nhóm beta lactamase. Bệnh nhân không tiêm truyền được.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

***Thiết kế nghiên cứu***

Thử nghiệm lâm sàng so sánh trước và sau điều trị. Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân SSSS đủ tiêu chuẩn nghiên cứu từ 3/2023 – 11/2024. Chia thành 2 nhóm ngẫu nhiên theo số thứ tự của bệnh nhân trong nghiên cứu.

***Vật liệu nghiên cứu***

Thuốc Cloxacillin 1g: Cloxacillin, thuốc bột pha tiêm của Công ty dược phẩm VCP Việt Nam; Thuốc Rocephin 1g: Ceftriaxone, thuốc bột pha tiêm của hãng Roche sản xuất tại Thụy Sỹ.

TCDLHVN-Số 50

***Các bước tiến hành nghiên cứu***

Lựa chọn bệnh nhân: Các bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu được tư vấn và ký chấp thuận tham gia nghiên cứu. Trước khi điều trị: Thu thập các thông tin tên, tuổi, giới, thời gian mắc bệnh; đánh giá triệu chứng lâm sàng; các xét nghiệm cần làm: Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, sinh hóa máu, tổng phân tích nước tiểu, xét nghiệm nuôi cấy vi khuẩn 2 vị trí: ( vùng da tổn thương, niêm mạc mũi ); Đánh giá thể lâm sàng: khu trú hay lan tỏa; Đánh giá mức độ bệnh theo diện tích tổn thương tính theo bảng của Lund & Browder: mức độ nặng, mức độ trung bình, mức độ nhẹ.[10]

**Bảng 1. Phân độ mức độ bệnh theo diện tích tổn thương da**

| Tuổi | Mức độ nặng | Mức độ trung bình | Mức độ nhẹ |
|---|---|---|---|
| 10-50 tuổi | ≥ 25% | 15-<25%, | <15%. |
| <10 hoặc >50 tuổi | ≥ 20% | 10-< 20%, | < 10%. |

Tiến hành điều trị: Chúng tôi chia bệnh nhân SSSS thành 2 nhóm ngẫu nhiên theo số thứ tự đến khám của bệnh nhân trong nghiên cứu. Nhóm 1: bệnh nhân số thứ tự lẻ như 1,3,5,7… điều trị bằng kháng sinh Cloxacillin liều 50 -100mg/kg/ngày chia làm 3 lần tiêm tĩnh mạch chậm cách nhau mỗi 8 giờ[11]. Nhóm 2: bệnh nhân có số chẵn như 2,4,6,8… điều trị bằng kháng sinh Ceftriaxone. Liều lượng ở trẻ em là 50-75 mg/kg/ngày pha truyền tĩnh mạch 1 lần duy nhất, tổng liều không vượt quá 2g/24h. Liều lượng ở người lớn là 2g/ngày pha truyền tĩnh mạch 1 lần duy nhất[12].

Đánh giá tiến triển lâm sàng sau mỗi 2 ngày: Tiêu chí đánh giá: Tốt: thương tổn cải thiện tích cực, da hết đỏ, khô, bong vảy da, không để lại sẹo. Toàn trạng trở về bình thường. Khá: thương tổn cải thiện, khô hơn, đỡ đỏ, có xu hướng bong vảy, diện tích tổn thương thu nhỏ hơn, không xuất hiện thương tổn mới. Toàn trạng khá lên. Kém: thương tổn không cải thiện, trợt da nhiều hơn, xuất hiện thương tổn mới. Toàn trạng bệnh nhân vẫn sốt, mệt mỏi, quấy khóc,.. Đánh giá tác dụng không mong muốn của các thuốc sử dụng.

***Xử lý số liệu***

Xử lý số liệu theo phần mềm SPSS 20.0. Các biến số được thể hiện dưới dạng trung bình ± SD, độ lệch, giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất, tỷ lệ phần trăm, tần số. Test thống kê được sử dụng để so sánh hai trung bình T-test. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

**2.3. Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu được tiến hành sau khi thông qua hội đồng đạo đức Bệnh viện Da liễu Trung ương. Người bệnh hoàn toàn tự nguyện tham gia sau khi được thông báo, giải thích đầy đủ về nghiên cứu. Mọi thông tin và số liệu thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, nhằm nâng cao chất lượng khám và điều trị, không tiết lộ hay sử dụng vào mục đích khác dưới mọi hình thức. Kết quả thu được sẽ được phản hồi tại Bệnh viện da liễu Trung ương và các bên liên quan.

**3. KẾT QUẢ**

**3.1 Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 2. Đặc điểm của các đối tượng tham gia nghiên cứu (N=30)**

| Đặc điểm | | Nhóm 1 (n1=15) | Nhóm 2 (n2=15) | p |
|---|---|---|---|---|
| **Giới tính** | Nam – n (%) | 8 (53,3%) | 7 (46,7%) | 0,7[a] |
| | Nữ - n (%) | 7 (46,7%) | 8 (53,3%) | |
| **Tuổi trung bình (năm)** | | 3,1 ± 1,7 | 2,3 ± 2,3 | 0,3[b] |
| **Thời gian khởi phát bệnh (ngày)** | | 4,5 ± 2,0 | 4,1 ± 1,7 | 0,6[b] |
| **Thể lâm sàng** | Khu trú – n (%) | 3 (20%) | 0 (0%) | 0,07[a] |
| | Lan tỏa – n (%) | 12 (80%) | 15 (100%) | |
| **Mức độ tổn thương da** | Nhẹ - n (%) | 2 (13,3%) | 0 (0%) | 0,3[a] |
| | Trung bình – n(%) | 1 (6,7%) | 2 (13,3%) | |
| | Nặng – n (%) | 12 (80%) | 13 (86,7%) | |

[a]*Chi bình phương test,* [b] *Rank sum test.*

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới, tuổi, thời gian khởi phát bệnh, thể lâm sàng và mức độ tổn thương da giữa 2 nhóm điều trị bằng Cloxacillin và Rocephin.

**3.2. Kết quả điều trị SSSS sau mỗi 2 ngày điều trị**

**Bảng 3. Đánh giá hiệu quả điều trị của thuốc sau mỗi 2 ngày điều trị (N=30)**



TCDLHVN-Số 50

| Thời gian điều trị | | Kém | Khá | Tốt | p* |
|---|---|---|---|---|---|
| **2 ngày** | Nhóm 1 (n1=15) | 0 | 9 | 6 | 1 |
| | Nhóm 2 (n2=15) | 0 | 9 | 6 | |
| **4 ngày** | Nhóm 1 (n1=15) | 0 | 0 | 15 | 1 |
| | Nhóm 2 (n2=15) | 0 | 0 | 15 | |
| **6 ngày** | Nhóm 1 (n1=15) | 0 | 0 | 15 | 1 |
| | Nhóm 2 (n2=15) | 0 | 0 | 15 | |
| **8 ngày** | Nhóm 1 (n1=15) | 0 | 0 | 15 | 1 |
| | Nhóm 2 (n2=15) | 0 | 0 | 15 | |

** Fisher's exact test*

Bệnh đáp ứng nhanh với kháng sinh sau 2 ngày điều trị. Kết quả điều trị giữa 2 nhóm sau 2 ngày, 4 ngày, 6 ngày, 8 ngày điều trị không có sự khác biệt với p>0,05. Sau 9 ngày điều trị ở cả 2 nhóm: 100% bệnh nhân khỏi bệnh và xuất viện.

### 3.3. Thời gian điều trị SSSS của 2 nhóm

**Bảng 4. Thời gian điều trị SSSS của 2 nhóm (N=30)**

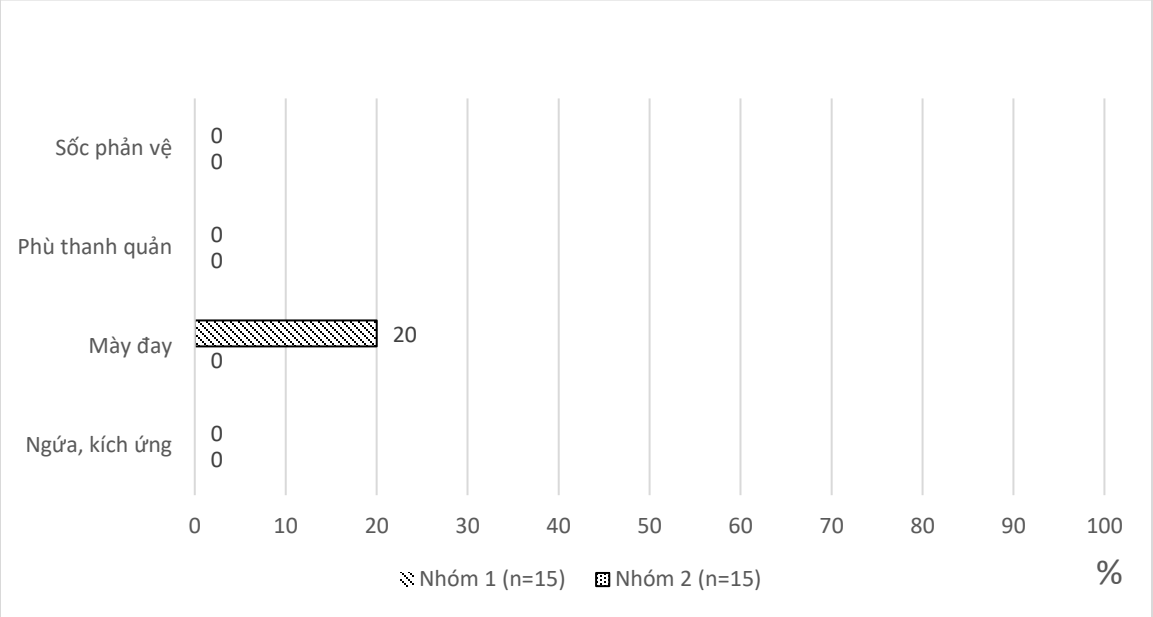
| Số ngày điều trị | Nhóm 1 (n1=15) | Nhóm 2 (n2=15) | p |
|---|---|---|---|
| **5 ngày** | 4 | 1 | |
| **6 ngày** | 7 | 6 | |
| **7 ngày** | 2 | 4 | |
| **8 ngày** | 2 | 3 | |
| **9 ngày** | 0 | 1 | |
| **X ± SD** | 6,1 ± 1,0 | 6,8 ± 1,1 | 0,09* |

**Rank sum test*

Bệnh nhân khỏi bệnh và xuất viện trong thời gian ngắn nhất là 5 ngày. Phần lớn bệnh nhân khỏi bệnh và xuất viện vào ngày thứ 6 (13 bệnh nhân). Số ngày điều trị trung bình của bệnh nhân điều trị với Rocephin là 6,8 ± 1,1 ngày, nhóm bệnh nhân điều trị với Cloxacillin là 6,1 ± 1,0 ngày. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

TCDLHVN-Số 50

**3.4. Tác dụng không mong muốn của thuốc**




**Biểu đồ 1. Đánh giá tác dụng không mong muốn của thuốc (N=30)**

Không có trường hợp nào có tác dụng không mong muốn toàn thân. Ở nhóm điều trị với Rocephin không ghi nhận tác dụng phụ nào, ở nhóm điều trị với Cloxacillin, có 3 bệnh nhân (20%) có biểu hiện sẩn phù mày đay. Sự khác biệt về tác dụng phụ của 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với p=0,07.

## 4. BÀN LUẬN

Hội chứng bong vảy da do tụ cầu là bệnh nhiễm trùng da cấp tính do ngoại độc tố của tụ cầu vàng theo đường máu đến da gây nên. SSSS thường đáp ứng nhanh với kháng sinh tại chỗ và toàn thân. Nếu được điều trị kịp thời thì bệnh thường khỏi trong vòng vài ngày. Trường hợp nhẹ, tổn thương da khu trú chỉ cần sử dụng kháng sinh bôi tại chỗ và kháng sinh đường uống. Trường hợp nặng, tổn thương da lan tỏa cần kết hợp kháng sinh bôi tại chỗ và kháng sinh toàn thân đường tiêm/truyền tĩnh mạch, bồi phụ điển giải, tăng cường dinh dưỡng và chống sốc cho người bệnh[7,8,9].

Do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân SSSS điều trị nội trú chủ yếu ở mức độ trung bình và nặng, một số ít thể khu trú, mức độ nhẹ nhưng có khả năng chuyển thể và nặng lên. Vì vậy, chúng tôi sử dụng kháng sinh toàn thân đường tĩnh mạch. Tham khảo

TCDLHVN-3

kết quả điều trị của các tác giả nước ngoài, khuyến cáo điều trị của Eleonora và cộng sự (2010)[7] và tính sẵn có của cloxacillin và ceftriaxone, chúng tôi chia bệnh nhân SSSS thành 2 nhóm ngẫu nhiên điều trị với kháng sinh cloxacillin hoặc ceftriaxone.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau 2 ngày điều trị, các bệnh nhân ở 2 nhóm đều đáp ứng mức độ khá và tốt, các tổn thương da khô se, giảm đỏ , bong vảy, không xuất hiện tổn thương mới chứng tỏ cơ thể đã khống chế được sự lan tràn của ngoại độc tốt. Sau 4 ngày điều trị, 100% bệnh nhân đều đáp ứng mức độ tốt với thương tổn cải thiện tích cực, da hết đỏ, khô, bong vảy da, không để lại sẹo, toàn trạng trở về bình thường.

Nghiên cứu của Phạm Thị Mai Hương trên 120 bệnh nhân SSSS cũng cho kết quả điều trị tương  tự, bệnh đáp ứng nhanh với kháng sinh tiêm cloxacillin sau mỗi 2 ngày điều trị, bệnh nhân ra viện sớm nhất sau 3 ngày điều trị, 100% khỏi không để lại biến chứng và di chứng[13]. So với phương pháp điều trị của Margileth[14], Arora[15] hay Oishi[16] số bệnh nhân tiến triển tôt, khỏi bệnh và ra viện trong nghiên cứu này rút ngắn thời gian rất nhiều. Đa số báo cáo của các tác giả này ghi nhận trường hợp đỡ và khỏi sau khoảng 12-15 ngày điều trị bằng kháng sinh toàn thân kết hợp với thuốc bôi ngoài da.

Có thể thấy ở 2 nhóm điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi đều đạt được hiệu quả cao so với các báo cáo tham khảo. Sau 5 ngày điều trị, đã có bệnh nhân khỏi và ra viện, đa số bệnh nhân xuất hiện vào ngày thứ 6 (43,3%). Thời gian điều trị trung bình tương đương nhau ở 2 nhóm, 6,8 ± 1,1 ngày ở nhóm điều trị với rocephin và 6,1 ± 1,0 ngày ở nhóm điều trị với cloxacillin, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Như vậy, thời gian điều trị trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn so với nghiên cứu của Phạm Thị Mai Hương[13] (7 ngày), Sharkey[17] (15 ngày), Arora[15] (12 ngày). Thời gian điều trị trong nghiên cứu chúng tôi ngắn hơn có thể vì đa số bệnh nhân nhập viện điều trí sớm sau 2-4 ngày khởi phát bệnh, thể trạng bệnh nhân tốt không có các bệnh nền nặng và bệnh nhân được điều trị tích cực kháng sinh toàn thân sớm. Rút ngắn thời gian điều trị mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân, gia đình cũng như cộng đồng. Bệnh nhân ít phải chịu những đau đớn, khó chịu do bệnh tật mang lại, giảm được biến chứng và không để lại di chứng nào. Cha mẹ bệnh nhân bớt căng thẳng, lo âu về bệnh tật, đỡ gánh nặng về kinh tế do nằm viện kéo dài và phải nghỉ việc để

TCDLHVN-Số 50

chăm sóc con. Giảm quá tải nội trú, khống chế sớm bệnh hạn chế lây lan, phát sinh dịch bệnh ở cộng đồng.

Như vậy, sử dụng kháng sinh toàn thân trong điều trị SSSS cho kết quả đáp ứng khá tốt, bệnh nhân sớm lành bệnh và trở về cuộc sống bình thường. Hiệu quả điều trị của cả 2 nhóm đều không có sự khác biệt. Từ kết quả này, chúng tôi khuyến cáo có thể sử dụng thuốc kháng sinh toàn thân cloxacillin cũng như rocephin đều cho hiệu quả khá tốt trong điều trị SSSS.

Một số tác giả đã ghi nhận một số trường hợp có biểu hiện dị ứng khi sử dụng kháng sinh toàn thân để điều trị SSSS. Bệnh nhân nữ 74 tuổi của Oishi mắc SSSS có biểu hiện nổi ban đỏ ở ngày thứ 10 điều trị bằng teicoplanin, tác giả phải đổi kháng sinh điều trị sang vancomycin[16]. Nghiên cứu của Phạm Thị Mai Hương trên 120 bệnh nhân SSSS không ghi nhận trường hợp nào có tác dụng phụ toàn thân nặng nề, chỉ có 6,7% số bệnh nhân có biểu hiện kích ứng da[13].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ ghi nhận tác dụng phụ duy nhất của thuốc là ban đỏ sẩn phù trên 3 bệnh nhân (20%) ở nhóm 1 điều trị với cloxacillin, xuất hiện sớm sau 2 ngày điều trị. 3 bệnh nhân này được đổi sang uống kháng sinh cefuroxim thì tổn thương da biến mất sau 2 ngày, không ghi nhận tác dụng phụ nào khác. Ở nhóm 2 điều trị với rocephin không ghi nhận tác dụng phụ nào, tuy nhiên tỷ lệ tác dụng phụ ở 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$. Đây là nghiên cứu mà chúng tôi may mắn không ghi nhận ca bệnh nào tử vong. Tất cả 30 bệnh nhân điều trị kháng sinh ở 2 nhóm đều cho kết quả tốt, đáp ứng lâm sàng nhanh sau 2 ngày điều trị, sau 9 ngày điều trị 100% bệnh nhân đều được xuất viện, không để lại di chứng, biến chứng nào. Vì cỡ mẫu của nghiên cứu chúng tôi còn ít, chúng tôi đề xuất thực hiện nghiên cứu trên cỡ mẫu bệnh nhân lớn hơn để đánh giá được hiệu quả cũng tác dụng phụ của thuốc.

## 5. KẾT LUẬN

SSSS đáp ứng nhanh với kháng sinh toàn thân sau mỗi 2 ngày điều trị. Không có sự khác biệt về kết quả điều trị và thời gian điều trị trung bình giữa 2 nhóm. Không có trường hợp nào có tác dụng không mong muốn toàn thân, 20% bệnh nhân ở nhóm điều trị với Cloxacillin có biểu hiện sẩn phù mày đay.

TCDLHVN-S50

**Cam kết không xung đột lợi ích**: Các tác giả xin cam kết không có xung đột lợi ích trong đề tài này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Von Rittershain G.R. Die exfoliative dermatitis jungener senglinge. Cent. Z. Kinderheilkd. 1878;2:3–23.
2. Shamez Ladhani, Christopher L. Joannou. Clinical microbial and biochemical aspects of the exfoliative toxins causing staphylococcal scalded-skin syndrome. Clin Microbiol Rev. 1999;12(2):224–242. doi: 10.1128/cmr.12.2.224
3. ME Melish, LA Glasgow . The staphylococcal scalded-skin syndrome: development of an experimental model. New England Journal of Medicine. 1970;282:1114 – 1119. doi: 10.1056/NEJM197005142822002.
4. JP Curran, FL Al-Salihi. Neonatal staphylococcal scalded skin syndrome: massive outbreak due to an unusual phage type. Pediatrics. 1980;66, 285 – 290. PMID: 6447271
5. SJ Dancer, NA Simmons, SM Poston, et al. Outbreak of staphylococcal scalded skin syndrome among neonates. Journal of Infection. 1988;16, 87 – 103. doi: 10.1016/s0163-4453(88)96249-4.
6. N El Helali, A Carbonne, T Naas, et al. Nosocomial outbreak of staphylococcal scalded skin syndrome in neonates: epidemiological investigation and control. Journal of Hospital Infect. 2005;61(2), 130-138. doi: 10.1016/j.jhin.2005.02.013.
7. E Ruocco, A Baroni, T Russo, et al. Staphylococcal scalded skin syndrome. Emergency Dermatology. 2017;66-67:109 -114.
8. M Blyth, C Estela, AER Young. Severe staphylococcal scalded skin syndrome in children. Burns. 2008;34:98-103. doi: 10.1016/j.burns.2007.02.006.
9. AKC Leung, B Barankin, K Leong. Staphylococcal-scalded skin syndrome: evaluation, diagnosis, and management. World Journal of Pediatrics. 2018;14(2):116-120. doi: 10.1007/s12519-018-0150-x.
10. DA Minimas. A critical evaluation of the Lund and Browder chart. Wounds UK. 2007;3(3).
11. Bộ Y Tế. Dược thư quốc gia Việt Nam, Nhà xuất bản Y học, 2018. 453-455.
12. Bộ Y Tế. Dược thư quốc gia Việt Nam, Nhà xuất bản Y học, 2018. 371-374.

13. Phạm Thị Mai Hương. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị hội chứng bong vảy da do tụ cầu. Trường đại học y Hà Nội. 2014.
14. A M Margileth. Scalded skin syndrome: Diagnosis, differential diagnosis, and management of 42 children. South Med J. 1975;68(4):447-54. PMID: 123658
15. Aroa P, Vaneet K, Sharayu E, et al (2011). Staphylococcal scalded skin syndrome in a preterm newborn presenting within first 24 h of life. BMJ case Rep. 2021. doi:10.1136/bcr.08.2011.4733
16. Oishi T, Yasunobu K, Mikio O, et al (2013). Staphylococcal scalded skin syndrome mimicking toxic epidermal necrolysis in a healthy aduld. Our Dermatol Online. 2013; 4(3): 347-348. doi: 10.7241/ourd.20133.86
17. Sharkey MP, Muir JB. Staphylococcal scalded skin syndrome complicating acute generalized pustular psoriasis. Australasian J Dermatol. 2022; 43, 199 – 201. doi: 10.1046/j.1440-0960.2002.00595.x

## SUMMARY

*Original research*

### COMPARISON ROCEPHIN WITH CLOXACILLIN FOR THE TREATMENT OF STAPHYLOCOCCAL SCALDED SKIN SYNDROME AT THE NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

**Nhi Thi Thao Nguyen, MD[1], Huong Minh Nguye, MD[1], Thu Thi Hoai Le, MD[1], Tuan Doan Nguyen, MD[1,2], Doanh Huu Le, MD, PhD[1,2], Thuy Thi Thanh Nguyen, MD[1,*]**

*[1]National Hospital of Dermatology and Venereology*

*[2]Ha Noi Medical University*

*[*] Corresponding author: Thuy Thi Thanh Nguyen, MD; email: thuyvdl76@gmail.com*

## ABSTRACT

**Objectives:** To evaluate the efficacy of treating staphylococcal scalded skin syndrome (SSSS) with Rocephin compared to Cloxacillin at the National Hospital of Dermatology and Venereology.

**Materials and methods:** A randomized controlled trial was conducted on 30 SSSS patients divided into 2 random groups according to the patient's order number in the study. Group 1 included patients with odd numbers treated with Cloxacillin at a dose of 50-100mg/kg/day divided into 3 intravenous injections every 8 hours; Group 2 included patients with even numbers treated with Ceftriaxone with a single intravenous infusion at a dose of 50-75 mg/kg/day in children and 2g/day in adults. Clinical progress was assessed every 2 days. Adverse effects of the drugs used were assessed.

**Results:** The disease responded quickly to systemic antibiotics after every 2 days of treatment, there was no difference between the 2 groups ($p>0.05$). 100% of patients in the 2 groups recovered, were discharged from the hospital, without complications or sequelae, the average number of days of treatment for patients treated with Rocephin was 6.8 ± 1.1 days, the group of patients treated with Cloxacillin was 6.1 ± 1.0 days, the difference was not statistically significant ($p>0.05$). No side effects were recorded in the group treated with Rocephin, 3 patients (20%) in the group treated with Cloxacillin had urticaria. The difference in side effects between the 2 groups was not statistically significant ($p=0.07$).

**Conclusion:** There was no significant difference in treatment outcomes or average treatment duration between the two groups. While systemic adverse effects were absent in both groups, 20% of patients in the Cloxacillin group developed urticaria.

**Keywords:** antibiotics, Cloxacillin, Rocephin, Staphylococcal scalded skin syndrome.

TCDLHVN-Số 50