



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 Nhi¹, Nguyễn Minh Hường¹, Lê Thị Hoài Thu¹, Nguyễn Doãn Tuấn^{1,2}, Lê Hữu Doanh^{1,2}, Nguyễn Thị Thanh Thùy^{1,*}

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 được tiến hành trên 30 bệnh nhân SSSS, chia thành hai nhóm ngẫu nhiên theo số thứ tự của bệnh nhân trong nghiên cứu. Nhóm 1 gồm các bệnh nhân có số thứ tự lẻ, được điều trị bằng cloxacillin với liều 50 - 100 mg/kg/ngày, chia làm 3 lần tiêm tĩnh mạch chậm, mỗi lần cách nhau 8 giờ. Nhóm 2 gồm các bệnh nhân có số thứ tự chẵn, được điều trị bằng ceftriaxon truyền tĩnh mạch một lần mỗi ngày, với liều 50 - 75 mg/kg/ngày ở trẻ em và 2 g/ngày ở người lớn. Tiến triển lâm sàng được đánh giá sau mỗi 2 ngày, đồng thời ghi nhận và đánh giá các 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 ghi nhận sự khác biệt giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Tất cả bệnh nhân ở cả hai nhóm đều khỏi bệnh, được ra viện và không có biến chứng hay di chứng. Số ngày điều trị trung bình ở nhóm bệnh nhân điều trị bằng rocephin là $6,8 \pm 1,1$ ngày, trong khi ở nhóm điều trị bằng cloxacillin là $6,1 \pm 1,0$ ngày; sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Không ghi nhận tác dụng không mong muốn nào ở nhóm điều trị bằng rocephin; trong khi đó, có 3 bệnh nhân (20%) ở nhóm điều trị bằng cloxacillin xuất hiện biểu hiện sẩn phù mào đay. Tuy nhiên, sự khác biệt về tỷ lệ tác dụng không mong muốn giữa hai 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 mào đay.

Từ khóa: Hội chứng bong vảy da do tụ cầu, SSSS, kháng sinh, rocephin, cloxacillin.

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: 10.56320/tcdlhvn.50.286

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng bong vảy da do tụ cầu (Staphylococcal Scalded Skin Syndrome - SSSS) là một bệnh nhiễm trùng da cấp tính do ngoại độc tố của tụ cầu vàng theo đường máu đến da gây nên. Bệnh còn được biết đến với các tên gọi khác như bệnh Ritter, Ritter von Rittershaim, pemphigus trẻ sơ sinh.¹

Nguyên nhân gây bệnh là tụ cầu vàng (*Staphylococcus aureus*) nhóm 2, với các chủng có độc lực thuộc type 3A, 3B, 3C, 55 hoặc 71. Các chủng này tiết ra ngoại độc tố ly giải thượng bì. Hai loại ngoại độc tố ly giải thượng bì thường gặp là ETA và ETB, trong đó ETA chiếm đa số. Sau khi được giải phóng vào máu, các ngoại độc tố này sẽ đến da và tại đây chúng gắn trực tiếp vào desmoglein 1 ở các cầu nối gian bào của thượng bì, gây đứt các cầu nối tế bào, phá vỡ lớp hạt, dẫn đến bóc tách thượng bì và hình thành bọt nước.²

SSSS có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi, tuy nhiên bệnh gặp chủ yếu ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ. Bệnh thường gặp hơn tại các nước đang phát triển và có xu hướng bùng phát thành các ổ dịch nhỏ tại nhà trẻ hoặc các phòng nuôi dưỡng trẻ sơ sinh. Biểu hiện sớm của SSSS là ban đỏ và mụn nước, sau đó dần tiến triển thành các bọt nước lớn, dễ vỡ, bong mất lớp thượng bì tạo thành các mảng trợt da rộng. Ở những trường hợp nặng, bệnh có thể gây bong trợt phần lớn diện tích da cơ thể, làm mất chức năng bảo vệ của da và dẫn đến nhiễm trùng, nhiễm độc nặng, thậm chí tử vong.

Ở người lớn, SSSS rất hiếm gặp và thường chỉ xảy ra ở những bệnh nhân suy giảm miễn dịch như nhiễm HIV, ung thư giai đoạn cuối hoặc suy thận. Ở nhóm đối tượng này, bệnh thường diễn tiến nặng và hay kèm theo tình trạng nhiễm khuẩn huyết, với cấy máu dương tính; ổ nhiễm khuẩn tiên phát thường gặp ở phổi, xương hoặc 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 khoa sản ghi nhận 12 trẻ sơ sinh mắc SSSS5 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 điện 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 ceftriaxon.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 30 bệnh nhân SSSS đến khám và điều trị nội trú tại Bệnh viện Da liễu Trung ương trong thời gian từ tháng 3/2023 đến tháng 11/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán SSSS và điều trị nội trú trong thời gian nghiên cứu; cha mẹ hoặc người bảo hộ của bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tiền sử dị ứng với kháng sinh nhóm beta-lactam; bệnh nhân không thể thực hiện tiêm truyền.



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 1 g: Cloxacillin, thuốc bột pha tiêm của Công ty Dược phẩm VCP Việt Nam; thuốc rocephin 1 g: Ceftriaxon, thuốc bột pha tiêm của hãng Roche sản xuất tại Thụy Sĩ.

Các bước tiến hành nghiên cứu

Lựa chọn bệnh nhân: Các bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu sau khi được tư vấn đầy đủ và ký chấp thuận tham gia nghiên cứu.

Trước khi điều trị: Thu thập các thông tin về tên, tuổi, giới và thời gian mắc bệnh; đánh giá các triệu chứng lâm sàng; thực hiện các xét nghiệm cần thiết bao gồm: Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, sinh hóa máu, tổng phân tích nước tiểu và xét nghiệm nuôi cấy vi khuẩn tại hai vị trí (vùng da tổn thương và niêm mạc mũi). Đánh giá thể lâm sàng: phân loại tổn thương khu trú hoặc lan tỏa. Đánh giá mức độ bệnh: Căn cứ vào diện tích tổn thương da, tính theo bảng Lund & Browder, phân loại mức độ nhẹ, trung bình và nặng.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 - 100 mg/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 ceftriaxon. Liều lượng ở trẻ em là 50 - 75 mg/kg/ngày pha truyền tĩnh mạch 1 lần duy nhất, tổng liều không vượt quá 2 g/24 giờ. Liều lượng ở người lớn là 2 g/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: Tổn thương cải thiện rõ rệt, da hết đỏ, khô, bong vảy, không để lại sẹo; toàn trạng bệnh

nhân trở về bình thường.

- Khá: Tổn thương cải thiện, da khô hơn, giảm đỏ, có xu hướng bong vảy, diện tích tổn thương thu nhỏ, không xuất hiện tổn thương mới; toàn trạng bệnh nhân khá lên.

- Kém: Tổn thương không cải thiện, trợt da tăng, xuất hiện tổn thương mới; toàn trạng bệnh nhân vẫn sốt, mệt mỏi, quấy khóc...

Đồng thời, ghi nhận và đánh giá các tác dụng không mong muốn của các thuốc được sử dụng trong quá trình điều trị.

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, n (%)	Nam - n (%)	8 (53,3%)	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%)	0,07 ^a	
	Lan tỏa - n (%)	12 (80%)		15 (100%)
Mức độ tổn thương da	Nhẹ - n (%)	2 (13,3%)	0,3 ^a	
	Trung bình - n(%)	1 (6,7%)		2 (13,3%)
	Nặng - n (%)	12 (80%)		13 (86,7%)

^aChi bình phương test, ^bRank sum test.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới tính, 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)

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

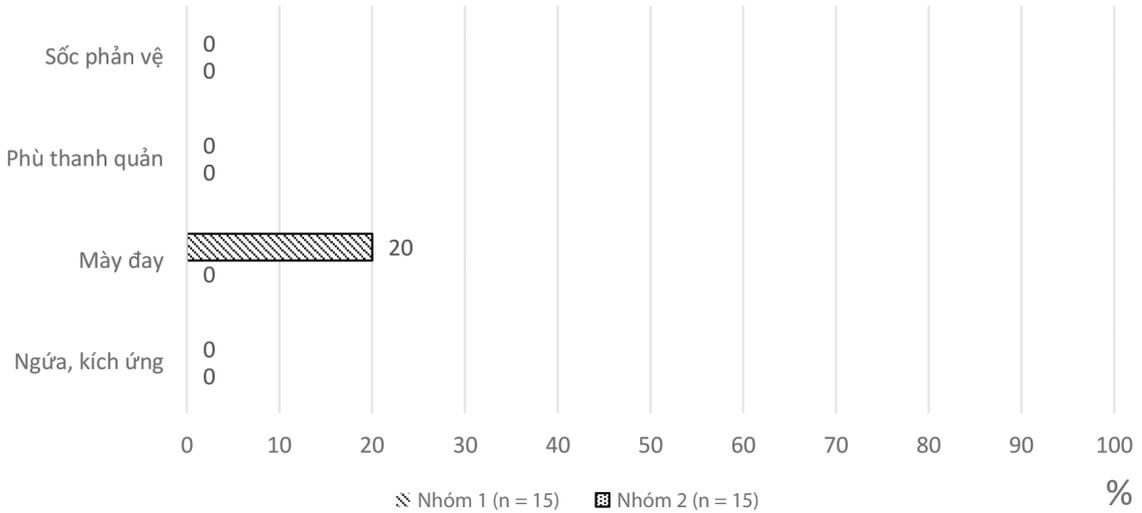
Bảng 4. Thời gian điều trị SSSS của 2 nhóm (N = 30)

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 $p > 0,05$.

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 điều trị kháng sinh tại chỗ và toàn thân; nếu được điều trị kịp thời, bệnh thường khỏi trong vòng vài ngày. Ở các trường hợp nhẹ, tổn thương da khu trú có thể chỉ cần sử dụng kháng sinh bôi tại chỗ kết hợp kháng sinh đường uống. Trong các trường hợp nặng, khi tổn thương da lan tỏa, cần phối hợp kháng sinh bôi tại chỗ với kháng sinh toàn thân đường tiêm hoặc truyền tĩnh mạch, đồng thời bồi phụ điện giải, tăng cường dinh dưỡng và chống sốc cho người bệnh.^{7,8,9}

Do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là các bệnh nhân SSSS điều trị nội trú, chủ yếu ở mức độ trung bình và nặng, chỉ một số ít trường hợp thể khu trú, mức độ nhẹ nhưng có nguy cơ

chuyển thể và tiến triển nặng hơn, nên chúng tôi lựa chọn sử dụng kháng sinh toàn thân đường tĩnh mạch. Dựa trên tham khảo kết quả điều trị của các tác giả nước ngoài, khuyến cáo điều trị của Eleonora và cộng sự (2010),⁷ cùng với tính sẵn có của cloxacillin và ceftriaxon, chúng tôi tiến hành chia bệnh nhân SSSS thành hai nhóm ngẫu nhiên để điều trị bằng kháng sinh cloxacillin hoặc ceftriaxon.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau 2 ngày điều trị, các bệnh nhân ở cả hai nhóm đều đạt mức độ đáp ứng khá và tốt; các tổn thương da khô se, giảm đỏ, bong vảy và không xuất hiện tổn thương mới, cho thấy cơ thể đã kiểm soát được sự lan tràn của ngoại độc tố. Sau 4 ngày điều trị, 100% bệnh nhân đều đạt mức độ đáp ứng tốt, với tổn thương cải thiện rõ rệt, da hết đỏ, khô và bong vảy, không để lại sẹo, toàn trạng bệnh nhân 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 chứng¹³. So với phương pháp điều trị của Margileth,¹⁴ Arora¹⁵ hay Oishi¹⁶ số bệnh nhân tiến triển tốt, 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, $6,8 \pm 1,1$ ngày ở nhóm điều trị với rocephin và $6,1 \pm 1,0$ 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 Hương¹³ (7 ngày), Sharkey¹⁷ (15 ngày), Arora¹⁵ (12 ngày). Thời gian điều trị trong nghiên cứu chúng tôi ngắn hơn có thể vì đa số bệnh nhân nhập viện điều trị 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 chăm sóc con. Giảm quá tải nội trú, không ché 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 mào đày.

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 senglunge. 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 adult. 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, MD¹, Huong Minh Nguye, MD¹, Thu Thi Hoai Le, MD¹, Tuan Doan Nguyen, MD^{1,2}, Doanh Huu Le, MD, PhD^{1,2}, Thuy Thi Thanh Nguyen, MD^{1,*}****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 - 100 mg/kg/day divided into 3 intravenous injections every 8 hours; Group 2 included patients with even numbers treated with ceftriaxon with a single intravenous infusion at a dose of 50 - 75 mg/kg/day in children and 2 g/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 ($p = 0.07$).

Conclusions: 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.*

¹ National Hospital of Dermatology and Venereology

² Hanoi Medical University

* Corresponding author: Thuy Thi Thanh Nguyen, MD

Email: thuyvdl76@gmail.com