

MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA BA THANG ĐIỂM TIS, SCORAD, EASI KHI ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ NẶNG VIÊM DA CƠ ĐỊA

Lê Đức Tâm^{1,*}, Hoàng Thị Hoài¹, Nguyễn Châu An², Lê Đức Quân³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mối tương quan giữa ba thang điểm TIS (Three Item Severity - Thang điểm mức độ nghiêm trọng ba mục), SCORAD (SCORing Atopic Dermatitis - Chấm điểm viêm da cơ địa), EASI (Eczema Area and Severity Index - Vùng chàm và chỉ số mức độ nghiêm trọng) khi đánh giá mức độ nặng của người bệnh viêm da cơ địa trưởng thành điều trị nội trú tại Bệnh viện Da liễu Thanh Hóa năm 2023 - 2024.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả cắt ngang trên 48 người bệnh viêm da cơ địa trưởng thành có thời gian điều trị nội trú tại bệnh viện Da liễu Thanh Hóa từ tháng 12/2023 đến tháng 3/2024. Thang điểm TIS, SCORAD, EASI được sử dụng để đánh giá mức độ nặng của người bệnh. Chỉ số Spearman's rho và Cohen's kappa dùng để mô tả mối tương quan về đo lường và sự đồng thuận về phân loại mức độ nặng của người bệnh giữa ba thang điểm trên.

Kết quả: Nghiên cứu cho thấy có mối tương quan dương, cùng chiều, mức độ mạnh và có ý nghĩa thống kê trong đánh giá mức độ nặng giữa thang điểm TIS và SCORAD (Spearman's rho = 0,76; $p < 0,001$), đồng thời ghi nhận sự đồng thuận gần như hoàn toàn giữa hai thang điểm này (Cohen's kappa = 0,82; $p < 0,001$). Giữa thang điểm TIS và EASI, tồn tại mối tương quan dương, cùng chiều, mức độ vừa và có ý nghĩa thống kê trong đo lường mức độ nặng (Spearman's rho = 0,59; $p < 0,001$); tuy nhiên, sự đồng thuận giữa hai thang điểm không có ý nghĩa thống kê (Cohen's kappa = 0,17; $p = 0,06$). Giữa thang điểm SCORAD và EASI, ghi nhận mối tương quan dương, cùng chiều, mức độ mạnh và có ý nghĩa thống kê trong đánh giá mức độ nặng (Spearman's rho = 0,79; $p < 0,001$), nhưng mức độ đồng thuận còn yếu (Cohen's kappa = 0,21; $p = 0,03$).

Kết luận: Ba thang điểm TIS, SCORAD, EASI có sự tương quan và mức độ đồng thuận khác nhau giữa từng cặp thang điểm. Người bệnh viêm da cơ địa cần được phân loại thể bệnh, tình trạng tổn thương da trước khi lựa chọn thang điểm đánh giá mức độ nặng phù hợp.

Từ khóa: Viêm da cơ địa, TIS, SCORAD, EASI.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm da cơ địa là một bệnh viêm da mạn tính rất phổ biến,^{1,2} thường khởi phát trong những năm đầu đời. Theo thời gian, các biểu hiện của bệnh có xu hướng thuyên giảm dần và có thể hết khi người bệnh trưởng thành; tuy nhiên, ở những trường hợp nặng, bệnh vẫn tồn tại và tái phát nhiều lần.³ Mặc dù là bệnh không lây nhiễm, viêm

¹ Trường Đại học Y Hà Nội

² Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương

³ Bệnh viện đa khoa huyện Vĩnh Lộc

*Tác giả liên hệ: Lê Đức Tâm

Email: leductam0904@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/02/2025

Ngày phản biện: 11/3/2025

Ngày chấp nhận đăng: 22/4/2025

DOI: 10.56320/tcdlhhvn.50.287



da cơ địa gây ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống của người bệnh và tạo gánh nặng cho nền kinh tế toàn cầu. Đặc biệt, trong những năm gần đây, tỷ lệ lưu hành của viêm da cơ địa có xu hướng ngày càng gia tăng.⁴ Do nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh chưa được làm sáng tỏ hoàn toàn, việc điều trị bệnh còn gặp nhiều khó khăn. Vì vậy, viêm da cơ địa đang trở thành một vấn đề y tế đáng quan tâm của cộng đồng.

Hiện nay, nhiều hệ thống đo lường mức độ nặng của viêm da cơ địa đã được nghiên cứu và ứng dụng trong thực hành lâm sàng. Trong đó, hai thang điểm được sử dụng phổ biến nhất là SCORAD (SCORing Atopic Dermatitis - chấm điểm viêm da cơ địa) và EASI (Eczema Area and Severity Index - chỉ số vùng và mức độ nặng của chàm), đều được công nhận có độ chính xác cao và được áp dụng rộng rãi trong đánh giá tình trạng bệnh.^{5,6} Tuy nhiên, nhược điểm chính của các thang điểm này là tính phức tạp và thời gian đánh giá kéo dài.

Nhằm khắc phục hạn chế trên, thang điểm TIS (Three Item Severity - thang điểm mức độ nặng ba mục) đã được xây dựng như một phiên bản đơn giản hóa của SCORAD.⁷ Thang điểm này chỉ sử dụng ba triệu chứng lâm sàng nổi bật, dễ nhận biết gồm đỏ da, phù nề/sần da và trầy xước, giúp sàng lọc, đánh giá và phân loại nhanh mức độ viêm da của người bệnh. Với mục tiêu nâng cao chất lượng đánh giá mức độ nặng của viêm da cơ địa, từ đó đưa ra chiến lược điều trị phù hợp cho từng bệnh nhân, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm khảo sát mối tương quan giữa thang điểm TIS với thang điểm SCORAD và EASI trong đánh giá mức độ nặng của bệnh nhân viêm da cơ địa trưởng thành điều trị nội trú tại Bệnh viện Da liễu Thanh Hóa giai đoạn 2023 - 2024.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được chẩn đoán viêm da cơ địa theo tiêu chuẩn Hanifin và Rajka (xây dựng năm

1970, cải tiến năm 1980) và đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Da liễu Thanh Hóa.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh từ 18 tuổi trở lên; đồng ý tham gia nghiên cứu; không được chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu khác; không mắc các bệnh ác tính như ung thư; không có các bệnh nội khoa ảnh hưởng đến da như xơ gan, lupus ban đỏ hệ thống,...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, được thực hiện tại Bệnh viện Da liễu Thanh Hóa từ tháng 10/2023 đến tháng 6/2024. Bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, có 48 người bệnh đủ điều kiện và đồng ý tham gia nghiên cứu này.

Các bước tiến hành nghiên cứu

Quy trình nghiên cứu được tiến hành như sau: Sau khi người bệnh được bác sĩ chẩn đoán viêm da cơ địa và điều trị nội trú, người thu thập số liệu tiến hành sàng lọc, lựa chọn các trường hợp đủ tiêu chuẩn, thu thập thông tin bệnh án, phỏng vấn và đánh giá mức độ nặng của người bệnh tại một thời điểm bất kỳ trong quá trình điều trị nội trú. Tất cả người bệnh đều được đánh giá bằng thang điểm TIS, EASI và xác định phần trăm diện tích tổn thương da; những người bệnh điều trị nội trú từ 3 ngày trở lên được đánh giá bổ sung bằng thang điểm SCORAD. Kết quả phân loại mức độ nặng được chia thành ba nhóm.⁸⁻¹⁰

Mức độ gần như không tổn thương đến nhẹ được xác định khi điểm TIS ≤ 2 điểm hoặc SCORAD < 25 điểm hoặc EASI từ 0,1 - 7,0 điểm. Mức độ trung bình khi điểm TIS từ 3 - 5 điểm hoặc SCORAD từ 25 - 50 điểm hoặc EASI từ 7,1 - 21,0 điểm. Mức độ nặng hoặc rất nặng khi điểm TIS ≥ 6 điểm hoặc SCORAD > 50 điểm hoặc EASI từ 50,1 - 72,0 điểm. Việc phân loại mức độ nặng theo diện tích tổn thương da được áp dụng theo đề xuất của Chopra và cộng sự, bao gồm: Mức độ nhẹ từ

0,1 - 15,9%, mức độ trung bình từ 16 - 39,9% và mức độ nặng từ 40 - 100%.¹¹

Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Đo lường và nhận xét mối tương quan giữa các thang điểm sử dụng hệ số Cohen’s kappa và hệ số Spearman’s rho. Phân loại giá trị Cohen’s kappa theo Landis & Koch (1977). Phân loại giá trị Spearman’s rho theo Prion and Haerling (2014). Sự tương quan và đồng thuận có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

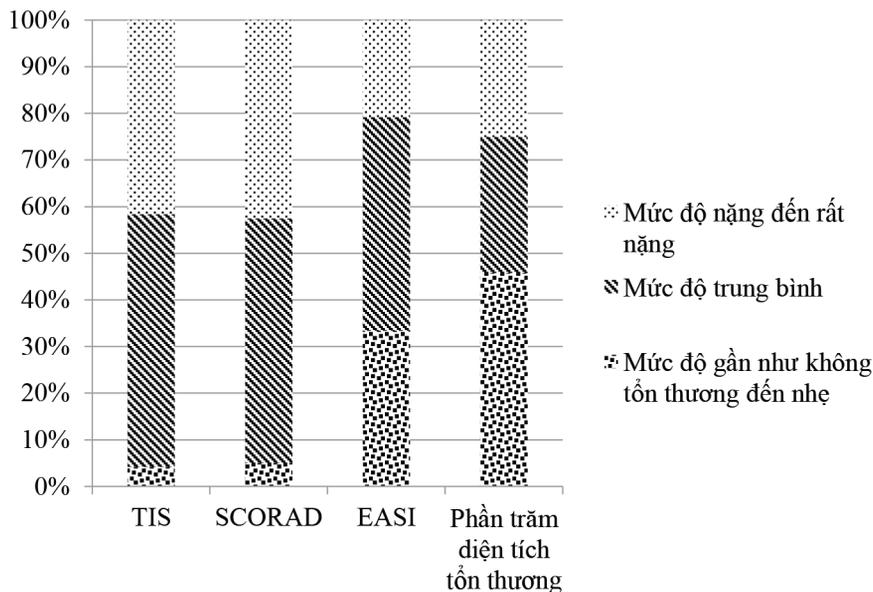
2.3. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu đã được Bộ môn Da liễu, Trường Đại học Y Hà Nội; Ban Giám đốc Bệnh viện Da liễu Thanh Hóa; cùng Khoa Điều trị 1 và Khoa Điều trị 2, Bệnh viện Da liễu Thanh Hóa cho phép thực hiện. Người bệnh được giải thích đầy đủ về mục đích, lợi ích của nghiên cứu và tự nguyện đồng ý tham gia. Tất cả thông tin liên quan đến người bệnh đều được bảo mật và tôn trọng. Người bệnh có quyền ngừng tham gia và rút lui khỏi nghiên cứu tại bất kỳ thời điểm nào.

3. KẾT QUẢ

3.1. Phân bố tỷ lệ bệnh nhân theo các nhóm mức độ nặng

Trong tổng số 48 người bệnh tham gia khảo sát, có 40 người được đánh giá trọn vẹn bằng cả 3 thang điểm TIS, SCORAD, EASI; có 8 người bệnh chỉ được đánh giá bằng 2 thang điểm TIS, EASI. Tất cả người bệnh đều được đo phần trăm diện tích tổn thương viêm da cơ địa trên cơ thể.



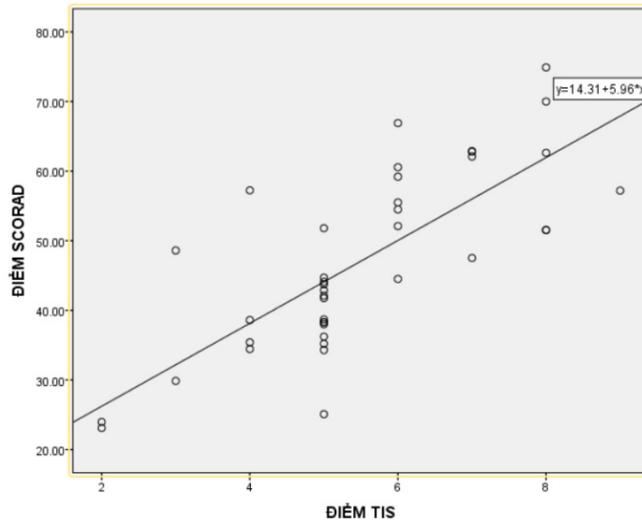
Biểu đồ 1. Phân bố tỷ lệ người bệnh theo từng nhóm mức độ nặng

Cả ba thang điểm TIS, SCORAD và EASI đều có nhóm mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất. Nếu dựa vào phần trăm diện tích tổn thương, tỷ lệ mức độ trung bình thấp hơn mức độ nhẹ.

Theo phân loại TIS và SCORAD, phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm từ trung bình đến rất nặng. Phân loại theo EASI và phần trăm diện tích tổn thương lại cho thấy đa số bệnh nhân thuộc mức độ gần như không có tổn thương đến trung bình.



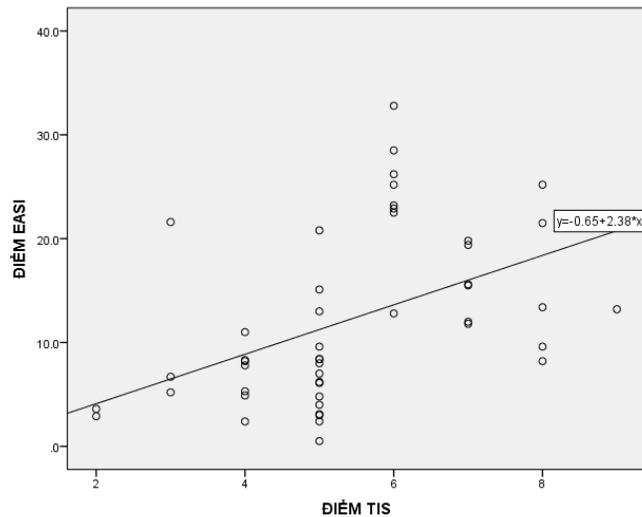
3.2. Mối tương quan đo lường giữa TIS và SCORAD



Biểu đồ 2. Sự tương quan đo lường giữa TIS và SCORAD

Có mối tương quan dương, cùng chiều, mức độ mạnh, có ý nghĩa thống kê (hệ số tương quan Spearman's rho (r_s) = 0,76 với $p < 0,001$) khi đo lường mức độ nặng theo thang điểm TIS và SCORAD trên người bệnh viêm da cơ địa trường thành đang điều trị nội trú tại viện.

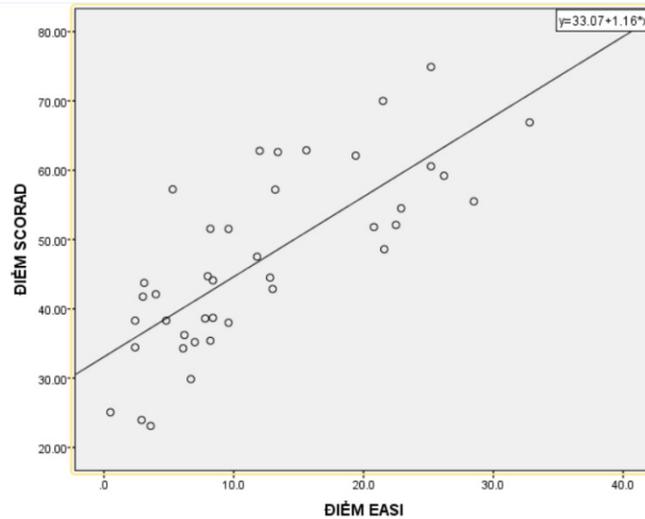
3.3. Mối tương quan đo lường giữa TIS và EASI



Biểu đồ 3. Sự tương quan đo lường giữa TIS và EASI

Có mối tương quan dương, cùng chiều, mức độ vừa, có ý nghĩa thống kê (hệ số tương quan Spearman's rho (r_s) = 0,59 với $p < 0,001$) khi đo lường mức độ nặng theo thang điểm TIS và SCORAD trên người bệnh viêm da cơ địa trường thành đang điều trị nội trú tại viện.

3.4. Mối tương quan đo lường giữa EASI và SCORAD



Biểu đồ 4. Sự tương quan đo lường giữa EASI và SCORAD

Có mối tương quan dương, cùng chiều, mức độ mạnh, có ý nghĩa thống kê (hệ số tương quan Spearman's rho (r_s) = 0,79 với $p < 0,001$) khi đo lường mức độ nặng theo thang điểm TIS và SCORAD trên người bệnh viêm da cơ địa trưởng thành đang điều trị nội trú tại viện.

3.5. Mối tương quan về phân loại mức độ nặng theo TIS và SCORAD

Bảng 1. Tương quan về phân loại mức độ nặng theo TIS và SCORAD

Phân loại mức độ nặng		SCORAD			
		Nhẹ	Trung bình	Nặng	Tổng
TIS	Nhẹ	2	0	0	2
	Trung bình	0	19	2	21
	Nặng	0	2	15	17
Tổng		2	21	17	40

Có sự đồng thuận ở mức độ gần như hoàn toàn (Hệ số Cohen's kappa = 0,82 và $p < 0,001$) về kết quả phân loại mức độ nặng theo thang đo lường TIS và SCORAD.



3.6. Mối tương quan về phân loại mức độ nặng theo TIS và EASI

Bảng 2. Tương quan về phân loại mức độ nặng theo TIS và EASI

Phân loại mức độ nặng	EASI				
	Gần như không tổn thương, nhẹ	Trung bình	Nặng, rất nặng	Tổng	
TIS	Nhẹ	2	0	0	2
	Trung bình	14	11	1	26
	Nặng	0	11	9	20
Tổng	16	22	10	48	

Sự đồng thuận không có ý nghĩa thống kê (Hệ số Cohen's kappa = 0,17 và p = 0,06) về kết quả phân loại mức độ nặng theo thang đo lường TIS và EASI.

3.7. Mối tương quan phân loại mức độ nặng theo SCORAD và EASI

Bảng 3. Tương quan về phân loại mức độ nặng theo SCORAD và EASI

Phân loại mức độ nặng	EASI				
	Gần như không tổn thương, nhẹ	Trung bình	Nặng, rất nặng	Tổng	
SCORAD	Nhẹ	2	0	0	2
	Trung bình	11	9	1	21
	Nặng	1	8	8	17
Tổng	14	17	9	40	

Có sự đồng thuận ở mức độ yếu (hệ số Cohen's kappa = 0,21 và p = 0,03) về kết quả phân loại mức độ nặng theo thang đo lường SCORAD và EASI.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận mối tương quan dương, cùng chiều, mức độ mạnh trong đo lường mức độ nặng giữa thang điểm TIS và SCORAD ($rS = 0,76$; $p < 0,001$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Oranje và cộng sự ($rS = 0,88$; $p < 0,0005$),⁸ tuy nhiên cường độ tương quan trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn. Mặc dù mức độ tương quan cao có thể được giải thích do thang điểm TIS được xem là phiên bản đơn giản hóa của SCORAD,⁷ nhưng sự khác biệt về

đối tượng nghiên cứu có thể là nguyên nhân dẫn đến sự khác biệt về cường độ tương quan giữa hai nghiên cứu.

Mức độ tương quan giữa thang điểm TIS và EASI trong nghiên cứu của chúng tôi ($rS = 0,59$; $p < 0,001$) thấp hơn so với nghiên cứu của Cathy Zhao và cộng sự¹². Trong nghiên cứu này, chỉ có 18 người bệnh thuộc nhiều chủng tộc, với các mức độ sắc tố da khác nhau, được đánh giá mức độ nặng thông qua ảnh toàn thân; trong đó có 5 trường hợp ảnh toàn thân không đầy đủ. Kết quả

cho thấy không ghi nhận mối tương quan đáng kể giữa các thang điểm ở nhóm người bệnh có sắc tố da cao. Ngược lại, ở nhóm người bệnh có sắc tố da nhẹ, mối tương quan rất mạnh ($rS = 0,829$; $p = 0,021$), còn ở nhóm người bệnh không có sắc tố da, mức độ tương quan dao động từ vừa đến mạnh theo đánh giá của nhiều bác sĩ ($rS = 0,645$; $p = 0,023$ và $rS = 0,919$; $p = 0,003$). Cỡ mẫu nhỏ cùng với việc đánh giá mức độ nặng dựa trên hình ảnh có thể là những yếu tố góp phần tạo nên sự khác biệt về cường độ tương quan giữa nghiên cứu này và nghiên cứu của chúng tôi.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự tương quan dương tính, cùng chiều, mức độ mạnh ($rS = 0,79$ với $p < 0,001$) giữa thang điểm SCORAD và EASI. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Gloria Sanclemente cùng các cộng sự thực hiện trên đối tượng thanh thiếu niên và người trưởng thành ($rS > 0,7$ với $p < 0,01$),¹³ tuy nhiên cường độ tương quan thấp hơn nghiên cứu của Rullo cùng các cộng sự thực hiện trên trẻ em ($rS > 0,88$ với $p < 0,0001$).¹⁴ Sự tương quan này cao có thể do cả hai thang điểm đều sử dụng các tiêu chí về đặc điểm tổn thương và diện tích tổn thương tương tự như nhau. Những chênh lệch về cường độ tương quan có thể do đối tượng nghiên cứu khác nhau.

Chúng tôi ghi nhận sự đồng thuận gần như hoàn toàn về phân loại mức độ nặng giữa thang điểm TIS và SCORAD (Cohen's kappa = 0,82 với $p < 0,001$). Điểm SCORAD phụ thuộc nhiều vào cường độ tổn thương tại vị trí viêm điển hình (63/103 điểm) và nếu chỉ dựa vào chỉ số này cũng đã đủ chia người bệnh thành ba cấp độ tổn thương. Cường độ tổn thương càng nặng có thể làm cho điểm ngứa và mất ngủ tăng lên. Điểm TIS phân loại người bệnh chỉ dựa vào cường độ tổn thương da trên lâm sàng. Vì vậy hai thang điểm có sự tương đồng về cơ sở phân loại mức độ nặng của người bệnh. Đây có thể là nguyên nhân dẫn đến sự đồng thuận cao giữa chúng.

So với thang điểm SCORAD, thang điểm TIS không đánh giá cường độ của các tổn thương phù nề/sẩn, đóng vảy/rỉ dịch và khô da, đồng thời không xét đến diện tích tổn thương da. Trong khi đó, biểu hiện tổn thương của viêm da cơ địa rất đa dạng, với nhiều kiểu hình bệnh không có các đặc điểm nằm trong ba tiêu chí chấm điểm của TIS nhưng lại thuộc các tiêu chí đánh giá cường độ tổn thương của SCORAD. Bên cạnh đó, diện tích tổn thương da là yếu tố quan trọng trong đánh giá mức độ nặng cũng như trong quyết định chỉ định điều trị nội trú. Do vậy, mặc dù nghiên cứu ghi nhận sự tương quan cao trong đánh giá mức độ nặng và sự đồng thuận gần như hoàn toàn trong phân loại mức độ bệnh giữa hai thang điểm, việc xác định kiểu hình tổn thương vẫn có vai trò hết sức cần thiết. Trên cơ sở đó, chúng tôi cho rằng thang điểm TIS có thể được sử dụng thay thế cho SCORAD trong một số trường hợp nhất định.

Nghiên cứu không ghi nhận sự đồng thuận có ý nghĩa thống kê trong phân loại mức độ nặng giữa thang điểm TIS và EASI ($p > 0,05$). Điều này có thể được giải thích bởi thang điểm EASI phụ thuộc nhiều vào diện tích tổn thương da. Theo EASI, nhóm người bệnh được phân loại mức độ nhẹ có thể bao gồm những trường hợp có cường độ tổn thương nhẹ nhưng diện tích tổn thương rộng, hoặc ngược lại, tổn thương khu trú nhưng có cường độ từ trung bình đến nặng.¹⁵ Trong trường hợp thứ hai, người bệnh thường được phân loại viêm da cơ địa mức độ trung bình hoặc nặng theo thang điểm TIS, nhưng chỉ được xếp vào mức độ nhẹ theo thang điểm EASI.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mức độ đồng thuận giữa thang điểm EASI và SCORAD là yếu (Cohen's kappa = 0,21; $p = 0,032$). Như đã lý giải ở trên, phần lớn người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Da liễu Thanh Hóa có tổn thương viêm da cơ địa khu trú nhưng cường độ tổn thương tương đối nặng. Đặc điểm này dẫn đến sự khác



biệt đáng kể trong kết quả phân loại mức độ nặng giữa hai thang điểm, do EASI phụ thuộc nhiều vào diện tích tổn thương, trong khi SCORAD đánh giá cả cường độ tổn thương.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, khi phân loại theo thang điểm TIS và SCORAD, đa số người bệnh thuộc mức độ từ trung bình đến nặng, trong đó nhóm mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất. Ngược lại, khi phân loại theo thang điểm EASI, phần lớn người bệnh được xếp vào mức độ từ gần như không có tổn thương đến trung bình, với nhóm trung bình vẫn chiếm tỷ lệ cao nhất. Nếu phân loại theo tỷ lệ phần trăm diện tích tổn thương da, đa số người bệnh thuộc mức độ nhẹ đến trung bình, trong đó nhóm nhẹ chiếm ưu thế.

Sự khác biệt này xuất phát từ phương pháp tính điểm của từng thang đo. Thang điểm TIS và SCORAD chủ yếu phản ánh cường độ tổn thương da, ít hoặc không phụ thuộc vào diện tích tổn thương. Trong khi đó, thang điểm EASI chịu ảnh hưởng đáng kể của diện tích tổn thương. Do vậy, trong các trường hợp cường độ tổn thương nặng nhưng diện tích tổn thương hạn chế, điểm EASI có thể không cao, trong khi điểm TIS hoặc SCORAD vẫn ở mức trung bình đến nặng, và ngược lại.

Trên lâm sàng, mỗi kiểu hình bệnh sẽ phù hợp với từng thang điểm khác nhau. Đối với tổn thương lan toả, diện tích tổn thương lớn, EASI sẽ phù hợp hơn do nó đánh giá một cách toàn diện về diện tích và cường độ tổn thương từng vùng trên cơ thể. Trong khi đó, viêm da khu trú, diện tích tổn thương nhỏ, SCORAD và TIS tỏ ra ưu việt hơn vì nó đánh giá mức độ nặng của bệnh chủ yếu dựa vào cường độ tổn thương. Nghiên cứu của chúng tôi áp dụng cả 3 thang điểm trên người bệnh mà không phân biệt kiểu hình bệnh. Kết quả cho thấy sự đồng thuận yếu giữa SCORAD với EASI và đồng thuận không có ý nghĩa thống kê giữa TIS với EASI. Những người bệnh có diện tích tổn thương ít (< 16%) trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu thuộc nhóm nhẹ theo EASI và

thuộc nhóm trung bình hoặc nặng theo SCORAD và TIS. Như vậy, tùy kiểu hình bệnh, áp dụng mỗi công cụ đánh giá khác nhau có thể cho ra những kết quả phân loại khác nhau và bác sĩ cần lựa chọn thang điểm đánh giá phù hợp với kiểu hình viêm da cơ địa của người bệnh. Đối với những trường hợp khó, nhân viên y tế có thể phối hợp nhiều thang điểm đánh giá khác nhau để có thể kết luận chính xác nhất tình trạng tổn thương da của người bệnh.

5. KẾT LUẬN

Ba thang điểm TIS, SCORAD và EASI cho thấy mức độ tương quan và sự đồng thuận khác nhau giữa từng cặp thang đo. Do đó, người bệnh viêm da cơ địa cần được đánh giá kiểu hình bệnh và đặc điểm tổn thương da trước khi lựa chọn thang điểm phù hợp để phân loại mức độ nặng. Trong những trường hợp lâm sàng phức tạp, việc phối hợp nhiều thang điểm đánh giá có thể giúp nhân viên y tế đưa ra nhận định toàn diện và chính xác hơn về tình trạng tổn thương da của người bệnh.

Lời cảm ơn: Các tác giả xin chân thành cảm ơn Khoa Điều trị 1, Điều trị 2, Bệnh viện Da liễu Thanh Hóa đã giúp chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Salvati L, Cosmi L, Annunziato F. From Emollients to Biologicals: Targeting Atopic Dermatitis. *Int J Mol Sci.* 2021;22(19):10381. doi:10.3390/ijms221910381.
2. Bylund S, Kobyletzki LB von, Svalstedt M, Svensson Å. Prevalence and Incidence of Atopic Dermatitis: A Systematic Review. *Acta Derm Venereol.* 2020;100(12):320-329. doi:10.2340/00015555-3510.

3. Garmhausen D, Hagemann T, Bieber T, et al. Characterization of different courses of atopic dermatitis in adolescent and adult patients. *Allergy*. 2013;68(4):498-506. doi:10.1111/all.12112.
4. Carmela Avena-Woods BP. Overview of Atopic Dermatitis. *Supplements and Featured Publications*. 2017; 23(8 Suppl):S115-S123. Accessed May 10, 2024. <https://www.ajmc.com/view/overview-of-atopic-dermatitis-article>.
5. Rehal B, Armstrong AW. Health outcome measures in atopic dermatitis: a systematic review of trends in disease severity and quality-of-life instruments 1985-2010. *PloS One*. 2011;6(4):e17520. doi:10.1371/journal.pone.0017520.
6. Schmitt J, Langan S, Deckert S, et al. Assessment of clinical signs of atopic dermatitis: a systematic review and recommendation. *J Allergy Clin Immunol*. 2013;132(6):1337-1347. doi:10.1016/j.jaci.2013.07.008.
7. Willemsen MG, van Valburg RWC, Dirven-Meijer PC, Oranje AP, van der Wouden JC, Moed H. Determining the Severity of Atopic Dermatitis in Children Presenting in General Practice: An Easy and Fast Method. *Dermatol Res Pract*. 2009;2009:357046. doi:10.1155/2009/357046.
8. Oranje AP, Glazenburg EJ, Wolkerstorfer A, de Waard-van der Spek FB. Practical issues on interpretation of scoring atopic dermatitis: the SCORAD index, objective SCORAD and the three-item severity score. *Br J Dermatol*. 2007;157(4):645-648. doi:10.1111/j.1365-2133.2007.08112.x
9. No authors listed. Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. *Dermatology*. 1993;186(1):23-31. doi:10.1159/000247298.
10. Leshem YA, Hajar T, Hanifin JM, Simpson EL. What the Eczema Area and Severity Index score tells us about the severity of atopic dermatitis: an interpretability study. *Br J Dermatol*. 2015;172(5):1353-1357. doi:10.1111/bjd.13662.
11. Chopra R, Vakharia PP, Sacotte R, et al. Severity strata for Eczema Area and Severity Index (EASI), modified EASI, Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD), objective SCORAD, Atopic Dermatitis Severity Index and body surface area in adolescents and adults with atopic dermatitis. *Br J Dermatol*. 2017;177(5):1316-1321. doi:10.1111/bjd.15641.
12. Zhao CY, Wijayanti A, Doria MC, et al. The reliability and validity of outcome measures for atopic dermatitis in patients with pigmented skin: A grey area. *Int J Womens Dermatol*. 2015;1(3):150-154. doi:10.1016/j.ijwd.2015.05.002.
13. Sanclemente G, Hernandez N, Chaparro D, Tamayo L, Lopez A. Epidemiologic features and burden of atopic dermatitis in adolescent and adult patients: A cross-sectional multicenter study. *World Allergy Organ J*. 2021;14(12):100611. doi:10.1016/j.waojou.2021.100611.
14. Rullo VEV, Segato A, Kirsh A, Sole D. Severity scoring of atopic dermatitis: a comparison of two scoring systems. *Allergologia et Immunopathologia*. 2008;36(4):205-211. doi:10.1016/S0301-0546(08)72551-5.
15. Chopra R, Vakharia PP, Sacotte R, et al. Relationship between EASI and SCORAD severity assessments for atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol*. 2017;140(6):1708-1710. e1. doi:10.1016/j.jaci.2017.04.052.

**SUMMARY***Original research***THE CORRELATION BETWEEN THE THREE SCORING SYSTEMS TIS, SCORAD, EASI
IN ASSESSING THE SEVERITY OF ATOPIC DERMATITIS****Tam Duc Le^{1,*}, Hoai Thi Hoang¹, An Chau Nguyen², Quan Duc Le³**

ABSTRACT

Objectives: To investigate the correlation between the three scoring systems TIS (Three Item Severity), SCORAD (SCORing Atopic Dermatitis), and EASI (Eczema Area and Severity Index) in assessing the severity of adult patients with atopic dermatitis undergoing inpatient treatment at Thanh Hoa Dermatology Hospital from 2023 to 2024.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study involving 48 adult patients with atopic dermatitis who were hospitalized at Thanh Hoa Dermatology Hospital from December 2023 to March 2024. The TIS, SCORAD, and EASI scoring systems were utilized to evaluate the severity of the patients. Spearman's rho and Cohen's kappa were used to describe the correlation in measurements and the agreement in classifying the severity of the patients among the three scoring systems.

Results: The study found a positive correlation, strong magnitude, and statistical significance in measuring severity (Spearman's rho = 0.76 with $p < 0.001$) and almost perfect agreement (Cohen's kappa = 0.82 with $p < 0.001$) between the TIS and SCORAD scores; a positive correlation, moderate magnitude, and statistical significance in measuring severity (Spearman's rho = 0.59 with $p < 0.001$) and no statistical significance in agreement (Cohen's kappa = 0.17 with $p = 0.06$) between the TIS and EASI scores; a positive correlation, strong magnitude, and statistical significance in measuring severity (Spearman's rho = 0.79 with $p < 0.001$) and fair agreement (Cohen's kappa = 0.21 with $p = 0.03$) between the SCORAD and EASI scores.

Conclusions: The three scoring systems TIS, SCORAD, and EASI show varying degrees of correlation and agreement between each pair of scoring systems. Patients with atopic dermatitis need to be classified by disease type and skin lesion status before selecting the appropriate scoring system for assessing severity.

Keywords: *Atopic dermatitis, TIS, SCORAD, EASI.*

¹ Hanoi Medical University

² Binh Duong Provincial General Hospital

³ Vinh Loc District General Hospitals

* Corresponding author: Tam Duc Le

Email: leductam0904@gmail.com