

Đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan của hội chứng đỏ da toàn thân tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh từ năm 2016-2020

Clinical features and related factors of erythroderma at Ho Chi Minh City Hospital of Dermatology and Venereology from 2016 to 2020

Ngô Minh Vinh*, Lê Hoài Hương*,
Phạm Văn Bắc**

*Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch,
**Đại học Quốc Gia, Tp. Hồ Chí Minh

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát lâm sàng và bệnh căn của bệnh nhân đỏ da toàn thân tại Bệnh viện Da Liễu Thành phố Hồ Chí Minh và khuynh hướng thay đổi các bệnh căn theo thời gian, qua hồi cứu bệnh án từ năm 2016-năm 2020. *Đối tượng và phương pháp:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu bệnh án, lấy mẫu toàn bộ 412 bệnh nhân đỏ da toàn thân tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh từ 01/01/2016 đến 31/12/2020. *Kết quả:* Tuổi trung bình 56,58 với tỉ lệ nam/nữ là 4,7/1. BMI trung bình 21,79 với tỉ lệ mắc tái phát là 75,2%. Đặc điểm lâm sàng nổi bật: Sốt 11,1%, ngứa nhiều 67,7%, đau nhiều 9,2%, mệt mỏi nhiều 2,4%, tróc vảy nhiều 83,0%, rỉ dịch 29,4%; Tổn thương móng 30,3%. Các bất thường về máu khác biệt có ý nghĩa thống kê với kết quả điều trị cải thiện và không cải thiện: Số lượng lympho, HCT, creatinin, SGOT, SGPT, albumin. Có 4 nhóm nguyên nhân gây đỏ da toàn thân: Bệnh da từ trước chiếm 88,35%; Do thuốc chiếm 8,98%, bệnh lý ung thư 1,21% và chưa rõ nguyên nhân chiếm 1,46%. Tỉ lệ phần trăm của đỏ da toàn thân do nguyên nhân bệnh da từ trước có xu hướng giảm dần. Trái lại, nguyên nhân do thuốc có xu hướng tăng dần qua từng năm gần đây. *Kết luận:* Nguyên nhân bệnh da từ trước có xu hướng giảm dần qua từng năm gần đây. Nguyên nhân do thuốc có xu hướng tăng dần qua từng năm gần đây.

Từ khóa: Đỏ da toàn thân, nguyên nhân.

Summary

Objective: To survey clinical characteristics of erythroderma at Ho Chi Minh City Hospital of Dermatology and Venereology and the trends of etiologies from 2016 to 2020. *Subject and method:* We designed a cross-sectional study of 412 cases of erythroderma patients during the period of 01/01/2016 to 31/12/2020, *Result:* The mean age was 56.58 with a male/female ratio of 4.7/1. Mean BMI was 21.79. The recurrence rate was 75.2%. Outstanding clinical features: Fever 11.1%, severe itching 67.7%, severe pain 9.2%; fatigue 2.4%, exfoliation 83.0%, leakage 29.4%, nail damage 30.3%. Blood abnormalities that were statistically different between improved and non-improved treatment outcomes include: Lymphocyte count, HCT, creatinine, SGOT, SGPT, albumin. There were 4 groups of causes of erythroderma: Pre-existing skin disease (88.35%), drugs (8.98%), cancer (1.21%) and unknown cause (1.46%). Percentage of erythroderma due to pre-existing skin diseases tended to decrease gradually, while drug-induced causes tended to increase gradually over recent years.

Ngày nhận bài: 29/12/2022, ngày chấp nhận đăng: 11/1/2023

Người phản hồi: Ngô Minh Vinh, Email: vinhnm@pnt.edu.vn - Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Conclusion: Cause of pre-existing skin diseases tend to decrease over recent years. On the contrary, drug-related causes tend to increase gradually over recent years.

Keywords: Erythroderma, causes.

1. Đặt vấn đề

Đỏ da toàn thân (ĐDTT) là một hội chứng do nhiều nguyên nhân gây nên tình trạng viêm da với biểu hiện hồng ban tróc vảy hơn 90% diện tích da cơ thể [1]. Trên lâm sàng, tình trạng này tuy ít gặp, nhưng ĐDTT có thể gây đe dọa tính mạng bệnh nhân. Căn nguyên của bệnh khá phức tạp và tiến triển có thể nặng do tình trạng rối loạn nước điện giải, rối loạn thân nhiệt... Tại Việt Nam, vào năm 2008, các tác giả Nguyễn Vũ Hoàng và cộng sự [3] đã bước đầu mô tả các nguyên nhân ĐDTT tại Bệnh viện Da Liễu Thành phố Hồ Chí Minh với nguyên nhân hầu hết là do các bệnh lý da liễu có sẵn (đặc biệt là vẩy nến), tỉ lệ các nguyên nhân khác như do thuốc không cao. Năm 2018, cũng tác giả Nguyễn Vũ Hoàng và cộng sự [2] với cỡ mẫu là 65 trường hợp, đã bước đầu mô tả các nguyên nhân ĐDTT tại Bệnh viện Da Liễu một cách khái quát: Trong các nguyên nhân gây ĐDTT, vẩy nến chiếm tỷ lệ cao nhất (63,1%), tiếp theo là dị ứng thuốc (15,4%), chưa rõ nguyên nhân (9,2%), chàm (6,2%) và các nguyên nhân ít gặp bao gồm ghê Na Uy (3,1%), ung thư đại tràng (1,5%), vẩy phấn đỏ nang lông (1,5%)... Đến năm 2019, tác giả Phạm Quốc Thảo Trang [4] và cộng sự đã thực hiện mô tả tiến cứu 64 trường hợp đỏ da toàn thân tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh cũng đã mô tả được nguyên nhân thường gặp nhất là đỏ da thứ phát sau một số bệnh lý da thường gặp như: Vẩy nến, viêm da cơ địa, vẩy phấn đỏ nang lông... và sau sử dụng thuốc như các loại sulfamid, kháng sinh, kháng viêm. Qua 2 nghiên cứu đã cho thấy tỉ lệ các nguyên nhân đã thay đổi sau 10 năm có thể do mô hình bệnh tật thay đổi. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu với số mẫu lớn hơn được thực hiện nhằm: *Khảo sát bệnh căn, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và khuynh hướng thay đổi các nguyên nhân của bệnh lý đỏ da toàn thân nhập viện Bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh trong 05 năm (từ 2016 tới 2020).*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

412 bệnh nhân ĐDTT điều trị nội trú tại bệnh viện Da Liễu Thành phố Hồ Chí Minh từ 01/01/2016 đến 31/12/2020.

Tiêu chuẩn nhận vào nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân có chẩn đoán xác định khi ra viện: Bệnh đỏ da toàn thân theo mã phân loại thống kê quốc tế về bệnh tật và các vấn đề sức khỏe (ICD L26) nhập viện điều trị nội trú tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh (từ ngày 01/01/2016 đến 31/12/2020).

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không có hồ sơ bệnh án.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu bệnh án, lấy mẫu toàn bộ.

Cỡ mẫu nghiên cứu: 412 bệnh nhân.

Địa điểm: Bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh.

Các bước tiến hành: Lọc và đọc tất cả hồ sơ bệnh án được nhập chẩn đoán bệnh chính hoặc bệnh đi kèm là đỏ da toàn thân nhập viện điều trị trong khoảng thời gian 01/01/2016 đến 31/12/2020. Đọc hồ sơ bệnh án để thu thập các biến số.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Dùng phép kiểm Student t-test (phân phối chuẩn) để so sánh các biến định lượng. Nếu biến định lượng không tuân theo phân phối chuẩn thì dùng kiểm định phi tham số Mann-Witney. Dùng phép kiểm chi bình phương đối với trường hợp không có vọng trị nào dưới 5, Fisher Exact trong trường hợp có vọng trị dưới 5 để khảo sát mối liên quan giữa các biến định tính. Dùng phép kiểm ANOVA 1 chiều để kiểm định trung bình ở k nhóm (≥ 3 nhóm). Dùng phân tích hồi qui đa biến để nghiên cứu giữa 1 (hay nhiều) yếu tố nguy cơ và đối tượng phân tích. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$ với khoảng tin cậy 95%.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n = 412)

Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
Giới tính		
Nam	340	82,5
Nữ	72	17,4
Nhóm tuổi		
< 18	13	3,16
18-29	23	5,58
30-45	78	18,93
46-70	198	48,06
> 70	100	24,27
BMI		
< 18,5	75	18,2
18,5-30	323	78,4
> 30	14	3,4

Bảng 2. Tiền căn đở da toàn thân (n = 412)

Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
Lần đầu	102	24,8
Tái phát	310	75,2

Bảng 3. Các triệu chứng đở da toàn thân (n = 412)

Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
Rối loạn thân nhiệt	46	11,1
Ngứa	377	91,5
Đau	191	46,3
Mệt mỏi	269	65,3
Tróc vảy	393	95,4
Rỉ dịch	121	29,4
Phù	89	21,6
Dầy sừng	90	21,8
Tổn thương niêm	28	6,8
Rụng tóc	5	1,2
Tổn thương móng	125	30,3
Đau khớp	50	12,1
Hạch ngoại vi to	8	1,9
Loét da	5	1,2

Bảng 4. Các nguyên nhân gây đỏ da toàn thân (n = 412)

Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
Bệnh da từ trước	364	88,35
Do thuốc	37	8,98
Bệnh lý ung thư	5	1,21
Chưa rõ nguyên nhân	6	1,46

Nhận xét: Số bệnh nhân nam nhiều hơn nữ. Tuổi trung bình là $56,58 \pm 18,89$ với nhóm tuổi 46-70 chiếm tỉ lệ cao nhất (48,06%). BMI trung bình trong nghiên cứu là $21,79 \pm 3,96$ với 323 trường hợp BMI trong khoảng bình thường (chiếm 78,4%). Số bệnh nhân mắc ĐDTT tái phát chiếm đến 72,3% (298 trường hợp) gấp 2,61 lần số bệnh nhân mắc ĐDTT lần đầu. Các triệu chứng thường gặp trong nghiên cứu là: Ngứa nhiều (67,7%), mệt mỏi ít (62,9%), tróc vảy nhiều (83%). Tỉ lệ nguyên nhân gây ĐDTT do bệnh da từ trước chiếm đa số (364 trường hợp, chiếm 88,35%). Nguyên nhân do bệnh lý ung thư và chưa rõ nguyên nhân chỉ chiếm phần nhỏ (< 1,5%).

Bảng 5. Các đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân (n = 412)

Chỉ số	Trung bình \pm ĐLC		Trị số p
	Nhóm cải thiện (n = 383)	Nhóm không cải thiện (n = 29)	
WBC (G/L)	$10,87 \pm 4,27$	$11,11 \pm 4,44$	0,77
Lympho (G/L)	$2,20 \pm 1,22$	$1,46 \pm 1,29$	0,002
RBC (T/L)	$4,40 \pm 0,91$	$4,16 \pm 0,99$	0,174
HCT (%)	$37,95 \pm 6,72$	$34,80 \pm 6,83$	0,016
PLT (K/ μ L)	$295,19 \pm 107,62$	$287,59 \pm 117,16$	0,716
Đường huyết (mmol/l)	$5,52 \pm 2,04$	$5,89 \pm 3,15$	0,369
Creatinin (mcmol/l)	$83,07 \pm 36,72$	$103,63 \pm 78,19$	0,010
SGOT (UI/L)	$29,64 \pm 20,57$	$43,40 \pm 37,83$	0,001
SGPT(UI/L)	$34,21 \pm 21,14$	$62,25 \pm 31,14$	<0,0001
Protein (G/L)	$60,17 \pm 11,98$	$60,03 \pm 8,69$	0,9508
Albumin (G/L)	$5,38 \pm 1,11$	$3,16 \pm 0,59$	<0,0001
Natri (mmol/l)	$140,61 \pm 72,82$	$131,89 \pm 25,47$	0,521
Kali (mmol/l)	$3,80 \pm 0,47$	$3,98 \pm 0,79$	0,061
Clo (mmol/l)	$104,69 \pm 10,36$	$99,65 \pm 6,34$	0,349
Canxi (mmol/l)	$1,58 \pm 0,69$	$1,21 \pm 0,27$	0,004

Nhận xét: Các biến số thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) bao gồm: Lympho, HCT, creatinin, SGOT/SGPT, albumin máu. Các biến khác có sự khác biệt nhưng chưa có nghĩa thống kê.

Bảng 6. Nguyên nhân gây ĐDTT qua từng năm (%)

Nguyên nhân	Năm				
	2016	2017	2018	2019	2020
Bệnh lý da từ trước	92,1	90,2	89,2	88,1	83,5
Do thuốc	2,3	5,6	8,9	10,2	11,5
Bệnh lý ung thư	1,2	1,0	1,2	1,1	1,2
Chưa rõ nguyên nhân	2,5	2,5	0	0	0

Nhận xét: Tỷ lệ phần trăm của ĐDTT do nguyên nhân bệnh da từ trước có xu hướng giảm dần qua từng năm gần đây. Tỷ lệ phần trăm của ĐDTT do nguyên nhân do thuốc có xu hướng tăng dần qua từng năm gần đây. Tỷ lệ phần trăm của ĐDTT do nguyên nhân bệnh lý ung thư có xu hướng không thay đổi qua từng năm gần đây. Nguyên nhân chưa rõ hoặc nguyên phát gần đây có xu hướng giảm dần và gần như không phát hiện.

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu ĐDTT tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh có số lượng bệnh nhân giới tính Nam nhiều hơn Nữ với tỉ lệ nam/nữ là 4,72/1. Các nghiên cứu khác trong nước như tác giả Phạm Quốc Thảo Trang [4] thực hiện năm 2019 tại Thành phố Hồ Chí Minh hoặc tác giả Nguyễn Như Huệ thực hiện trong 5 năm 1999-2004 [6] cũng cho tỉ lệ nam/nữ gần như tương tự.

Nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình là $56,58 \pm 18,89$. Khi so sánh tuổi trung bình của nghiên cứu chúng tôi với các nghiên cứu trong nước như của tác giả Nguyễn Vũ Hoàng và cộng sự thực hiện qua 2 mốc thời gian 2008 và 2019 [2], [3] chúng tôi thấy được sự thay đổi của tuổi trung bình từ 45,12 lên 50,81. Kết quả tuổi trung bình 2 nghiên cứu của tác giả Nguyễn Vũ Hoàng và cộng sự thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt có thể do số mẫu thu thập khác nhau, sự thay đổi về tập quán sinh hoạt hoặc điều kiện kinh tế, xã hội tốt hơn dẫn đến chăm sóc y tế tốt hơn khiến tuổi trung bình ngày càng cao hơn.

BMI trung bình bệnh nhân ĐDTT của nghiên cứu chúng tôi là $21,79 \pm 3,96$. Nếu xếp loại BMI theo chuẩn, mức 21,79 sẽ thuộc vào mức độ tổng trạng bình thường. Với kết quả phân tích đa biến (Bảng 3), chỉ số BMI có liên quan tới kết quả điều trị ĐDTT với BMI nguy cơ thấp bệnh nhân có kết quả điều trị không cải thiện cao hơn. Tuy nhiên, với bệnh nhân có BMI cao mức béo phì, khả năng hồi phục của bệnh nhân cũng kém hơn. Điều đó làm chúng tôi so sánh kết quả BMI của nghiên cứu với các nghiên cứu khác. Thời gian gần nhất năm 2019, tác giả Nguyễn

Vũ Hoàng và cộng sự [2] thực hiện trên 65 bệnh nhân cho thấy BMI trung bình cũng rơi vào khoảng bình thường với trị số là 22,32. Nghiên cứu của tác giả Phạm Quốc Thảo Trang [4] công bố năm 2019 cũng cho kết quả BMI trung bình tương tự.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân mắc lần đầu chỉ chiếm 24,8% trường hợp, trong khi đó tái phát gấp 3 lần chiếm 75,2% (Bảng 1). Khi so sánh với các nghiên cứu khác như tác giả Nguyễn Vũ Hoàng thực hiện lại nghiên cứu về ĐDTT vào năm 2019 [2] cho thấy tỉ lệ mắc lần đầu cũng thấp hơn nhiều. Các nghiên cứu khác trong nước như tác giả Phạm Quốc Thảo Trang [4] thực hiện năm 2019 tại Thành phố Hồ Chí Minh hoặc tác giả Nguyễn Như Huệ thực hiện trong 05 năm 1999-2004 [6] cũng cho tỉ lệ mắc lần đầu gần như tương tự với tỉ lệ thấp. Điều này nói lên rằng bệnh lý ĐDTT có khả năng tái đi tái lại.

Các đặc điểm trên da của bệnh nhân ĐDTT đi kèm với ngứa, đau, thay đổi màu da, tróc vảy, rỉ dịch, dầy sừng và phù. Kết quả cho thấy tỉ lệ cao bệnh nhân ngứa nhiều chiếm 67,7%, bệnh nhân không đau hoặc đau ít chiếm đến 89,8%, thay đổi màu da đỏ tươi và đỏ sẫm chiếm đa số 98,8%, da tróc vảy nhiều chiếm đến 83,0%, không rỉ dịch là 70,6%, không dầy sừng chiếm 78,2% và không có phù chiếm 78,4% (Bảng 3). Kết quả này phù hợp với y văn được mô tả như tác giả Nguyễn Trọng Hòa [1] và tác giả Phạm Văn Hiến [5] mô tả.

Các nghiên cứu trong nước, có tác giả Phạm Quốc Thảo Trang [4] thực hiện năm 2019 cho thấy kết quả cũng tương tự. Các đặc điểm lâm sàng trên da thường ít thay đổi qua thời gian. Nó phù hợp với đặc điểm mô tả trong y văn sách Fitzpatrick's Dermatology 9th edition 2019.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Các bất thường về máu bao gồm các thành phần trong tổng phân tích tế bào máu, các kết quả sinh hóa máu được lấy trong lúc nằm viện. Số lượng Lympho bào có thể liên quan tới vấn đề dị ứng với các dị nguyên, một trong những nguyên nhân gây ĐDTT. Dị ứng thuốc là một ví dụ. Nhóm cải thiện có lympho cao hơn nhóm không cải thiện và với

$p < 0,05$ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Khi so sánh với báo cáo của tác giả Li J. và cộng sự [7] thực hiện tại Trung Quốc cũng cho kết quả gần tương tự: Số lượng Bạch cầu không tăng cao trong bệnh ảnh của ĐDTT. Có thể phản ánh khả năng đề kháng ở nhóm cải thiện cao hơn.

Chỉ số Creatinin trong nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm không cải thiện và nhóm có cải thiện. Nhóm không cải thiện có trị số Creatinin cao hơn hẳn. Điều này đúng với y văn về vấn đề suy thận làm giảm khả năng điều trị hiệu quả. Các tác giả Morar et al., 1999, Nam Phi [8] và Pal và Haroon, 1998, Parkistan [9] đã từ lâu đã báo cáo sự khác biệt ở bệnh nhân suy thận điều trị ĐDTT. Điều này cũng đúng khi được tác giả Li J và cộng sự [7] nhắc lại khi điều trị bệnh ĐDTT tương tự.

Tương tự chức năng thận, men gan cũng được khảo sát để đánh giá mức độ điều trị. Chỉ số SGOT và SGPT trong nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm không cải thiện và nhóm có cải thiện. Nhóm không cải thiện có trị số men gan cao hơn hẳn. Năm 2010, Tác giả Yuan XY và cộng sự ở Trung Quốc [10] cũng có mô tả tương tự.

Giá trị định lượng albumin trong máu cũng thể hiện được sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu của chúng tôi. Nhóm cải thiện có nồng độ albumin cao hơn hẳn nhóm không cải thiện (5,38 so với 3,16). Điều này nhằm khuyến cáo chế độ dinh dưỡng hợp lý ở những bệnh lý tổn thương toàn thân nói chung, bệnh lý ĐDTT nói riêng. Tác giả Li J và cộng sự [7] khi mô tả việc định lượng, chú ý vào dinh dưỡng của những bệnh nhân ĐDTT cũng có thể cho thấy được kết quả điều trị khả quan hơn.

4.3. Các nguyên nhân gây ĐDTT

Trong nghiên cứu chúng tôi, nguyên nhân gây ĐDTT được 4 nhóm chính đó là: Bệnh da có từ trước, dị ứng thuốc, bệnh lý ung thư và chưa rõ nguyên nhân (còn gọi là bệnh nguyên phát).

Nguyên nhân ĐDTT do bệnh da từ trước trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm đa số (88%), điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu của những tác giả khác có tỉ lệ từ 63-88%. Nguyên nhân ĐDTT do

bệnh da có trước trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm đa số là vẩy nến (51,9%) và viêm da cơ địa (34%) điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu của những tác giả khác và phù hợp với y văn. Tuy nhiên tỉ lệ do bệnh viêm da cơ địa có cao hơn những tác giả khác có thể do mã ICD của mình sử dụng bao gồm cả phát ban da dạng chàm và viêm da cơ địa.

5. Kết luận

Tuổi trung bình 56,58 năm với tỉ lệ nam/nữ là 4,7/1, BMI trung bình 21,79 với tỉ lệ mắc tái phát là 75,2%.

Đặc điểm lâm sàng nổi bật: Sốt 11,1%, ngứa nhiều 67,7%, đau nhiều 9,2%, mệt mỏi nhiều 2,4%, tróc vảy nhiều 83,0%, rỉ dịch 29,4%, tổn thương móng 30,3%.

Các bất thường về máu khác biệt có ý nghĩa thống kê với kết quả điều trị cải thiện và không cải thiện: Số lượng Lympho, HCT, creatinin, SGOT, SGPT, albumin.

Có 4 nhóm nguyên nhân gây ĐDTT: Bệnh da từ trước chiếm 88,35%, do thuốc chiếm 8,98%, bệnh lý ung thư 1,21% và chưa rõ nguyên nhân chiếm 1,46%.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Trọng Hào (2019) *Đỏ da toàn thân*. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh da liễu. Nhà xuất bản Y học, tr. 30-34.
2. Nguyễn Vũ Hoàng (2019) *Nồng độ Vitamin D và Canxi trong huyết thanh và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân Đỏ da toàn thân tại bệnh viện Da Liễu Thành phố Hồ Chí Minh*. Luận văn tốt nghiệp CK2 chuyên ngành Da Liễu. Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
3. Nguyễn Vũ Hoàng, Ngô Minh Vinh và Vũ Hồng Thái (2008) *Khảo sát đặc điểm dịch tễ học, nguyên nhân, lâm sàng và cận lâm sàng của ĐDTT*. Sinh hoạt khoa học kỹ thuật da liễu, kỳ 3, tr. 35-47.
4. Phạm Quốc Thảo Trang (2019) *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trong đỏ da toàn thân*. Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 23, số 1, 2019.
5. Phạm Văn Hiến (2009) *Bệnh da có vảy*. Da liễu học. NXB Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 57-62.

6. Võ Thị Như Huê (2007) *Nghiên cứu về bệnh đỏ da toàn thân gặp tại Bệnh viện Da Liễu từ năm 1999-2004*. Sinh hoạt khoa học kỹ thuật da liễu, 1, tr. 6-19.
7. Li J, Zheng HY (2012) *Erythroderma: A clinical and prognostic study*. *Dermatology* 225: 154.
8. Morar N, Dlova N, Gupta AK, Naidoo DK, Aboobaker J, Ramdial PK (1999) *Erythroderma: A comparison between HIV positive and negative patients*. *Int J Dermatol* 38(12): 895-900.
9. Pal S, Haroon TS (1998) *Erythroderma: A clinico-etiological study of 90 cases*. *Int J Dermatol* 37(2): 104-107.
10. Yuan XY, Guo JY, Dang YP, Qiao L, Liu W (2010) *Erythroderma: A clinical-etiological study of 82 cases*. *Eur J Dermatol* 20(3): 373-377.