Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, Special Issue 13, 177-181

SKIN BARRIER RESTORATION CARE IN THE MANAGEMENT OF CHRONIC SKIN DISEASES: A SYSTEMATIC REVIEW

Nguyen Thi Thu Hien*

Bach Mai Hospital - 78 Giai Phong, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 18/07/2026
Revised: 18/08/2026; Accepted: 03/09/2026

ABSTRACT

Background: Skin barrier dysfunction is considered a key factor in the pathogenesis of many chronic skin diseases. However, skin barrier restoration interventions have not yet been consistently implemented in clinical practice in Vietnam.

Objective: To synthesize the available evidence on skin barrier restoration care protocols in the management of chronic skin diseases.

Methods: A systematic review was conducted in accordance with the PRISMA 2020 guidelines and registered with PROSPERO (CRD420251017829). Studies were identified through searches of four databases: PubMed, Ovid, Wiley Online Library, and the Cochrane Library. Data were synthesized using a narrative synthesis approach.

Results: A total of 20 studies were included in the review, comprising at least 1,343 participants across 17 studies that reported sample sizes. The included studies primarily addressed three groups of chronic skin conditions: inflammatory skin disorders (n = 16), autoimmune diseases (n = 2), and circulatory disorders (n = 2). The evidence indicated a shift from the use of moisturizers alone toward structured care protocols incorporating gentle cleansing, bioactive moisturizers, and interventions to support treatment adherence. Based on the available evidence, a three-step care framework was proposed: (1) standardized skin cleansing; (2) mechanism-based skin barrier restoration; and (3) integration with disease-specific treatment.

Conclusion: Current evidence suggests that skin barrier restoration is increasingly being implemented through structured care protocols, although intervention components vary across disease groups. The proposed three-component care framework may provide a useful reference for the development and standardization of care protocols for patients with chronic skin diseases in clinical practice.

Keywords: Skin barrier; chronic skin diseases; skin barrier restoration; moisturizers; skin care.

*Corresponding author
Email: hienntbmh2017@gmail.com **Phone**: (+84) 985996888 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD13.6428

CHĂM SÓC PHỤC HỒI HÀNG RÀO DA TRONG QUẢN LÝ BỆNH DA MẠN TÍNH: TỔNG QUAN HỆ THỐNG

Nguyễn Thị Thu Hiền*

Bệnh viện Bạch Mai - 78 Giải Phóng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 18/07/2026
Ngày sửa: 18/08/2026; Ngày đăng: 03/09/2026

TÓM TẮT

Mở đầu: Rối loạn hàng rào da được xem là nguyên nhân cốt lõi trong cơ chế bệnh sinh của nhiều bệnh da mạn tính. Tuy nhiên, các can thiệp phục hồi hàng rào da hiện vẫn chưa được triển khai thống nhất trong thực hành lâm sàng tại Việt Nam.

Mục tiêu: Tổng hợp các bằng chứng hiện có về quy trình chăm sóc phục hồi hàng rào da trong quản lý bệnh da mạn tính. Phương pháp: Tổng quan hệ thống được thực hiện theo hướng dẫn PRISMA 2020 và đăng ký trên PROSPERO (CRD420251017829). Các nghiên cứu được tìm kiếm trên bốn cơ sở dữ liệu gồm PubMed, Ovid, Wiley Online Library và Cochrane Library; dữ liệu được tổng hợp theo phương pháp tổng hợp tường thuật.

Kết quả: Tổng số 20 nghiên cứu được đưa vào tổng quan, với ít nhất 1.343 người tham gia từ 17 nghiên cứu có báo cáo cỡ mẫu, tập trung chủ yếu vào ba nhóm bệnh da mạn tính gồm tổn thương do viêm (n = 16), bệnh tự miễn (n = 2) và rối loạn tuần hoàn (n = 2). Các nghiên cứu cho thấy xu hướng chuyển từ sử dụng dưỡng ẩm đơn lẻ sang các quy trình chăm sóc có cấu trúc, bao gồm làm sạch dịu nhẹ, sử dụng dưỡng ẩm có hoạt tính sinh học và hướng dẫn tuân thủ điều trị. Từ các bằng chứng này, nghiên cứu đề xuất khung chăm sóc ba bước gồm: (1) làm sạch da chuẩn hóa; (2) phục hồi hàng rào da theo cơ chế bệnh; và (3) phối hợp điều trị chuyên biệt.

Kết luận: Các bằng chứng hiện có cho thấy chăm sóc phục hồi hàng rào da ngày càng được triển khai theo các quy trình chăm sóc có cấu trúc, mặc dù nội dung can thiệp còn khác nhau giữa các nhóm bệnh. Khung chăm sóc ba thành phần được đề xuất có thể là cơ sở tham khảo cho việc xây dựng và chuẩn hóa quy trình chăm sóc người bệnh da mạn tính trong thực hành lâm sàng.

Từ khoá: Hàng rào da; bệnh da mạn tính; phục hồi hàng rào da; dưỡng ẩm; chăm sóc da.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hàng rào da đóng vai trò thiết yếu trong duy trì cân bằng nội môi, bảo vệ cơ thể khỏi vi sinh vật, dị nguyên và các yếu tố kích thích từ môi trường, đồng thời hạn chế mất nước qua da. Sự suy giảm cấu trúc và chức năng của hàng rào biểu bì được xem là cơ chế bệnh sinh trung tâm trong nhiều bệnh da mạn tính như viêm da cơ địa và vảy nến [1], [2]. Khi hàng rào da bị tổn thương, mất nước qua da tăng, độ ẩm lớp sừng giảm và phản ứng viêm kéo dài, làm nặng thêm triệu chứng và ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống [3]. Trong bối cảnh đó, phục hồi hàng rào da ngày càng được xem là một chiến lược nền tảng bên cạnh các liệu pháp điều trị đặc hiệu.

Các nghiên cứu gần đây tập trung vào nhiều thành phần và cách thức chăm sóc nhằm phục hồi hàng rào da, bao gồm sử dụng dưỡng ẩm và bổ sung lipid biểu bì như ceramide, urea, niacinamide, acid hyaluronic, cũng như các phức hợp có hoạt tính sinh học [4], [5]. Một số mô hình can thiệp còn kết hợp giáo dục sức khỏe và chuẩn hóa quy trình chăm sóc nhằm cải thiện tuân thủ điều trị và tối ưu hiệu quả lâm sàng [6]. Tuy nhiên, cách triển khai các biện pháp này còn khác biệt đáng kể giữa các nghiên cứu, từ thành phần sản phẩm, tần suất sử dụng đến cấu trúc quy trình chăm sóc.

Sự không đồng nhất về thiết kế nghiên cứu, quần thể người bệnh và các công cụ đánh giá như mức độ nặng của viêm da cơ địa (SCORAD), mức độ nặng và diện tích tổn thương chàm (EASI), mức độ mất nước qua da (TEWL) và chỉ số chất lượng cuộc sống da liễu (DLQI) khiến việc so sánh hiệu quả giữa các can thiệp trở nên khó khăn, đồng thời hạn chế khả năng xác định một quy trình chăm sóc phục hồi hàng rào da mang tính chuẩn hóa và có thể áp dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng [2], [3]. Tại Việt Nam, các hướng dẫn và thực hành chăm sóc phục hồi hàng rào da hiện vẫn chưa có sự thống nhất rõ ràng, chủ yếu dựa trên kinh nghiệm lâm sàng và tham khảo từ các khuyến cáo quốc tế, càng đặt ra nhu cầu chuẩn hóa quy trình phù hợp với bối cảnh trong nước. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm tổng hợp có hệ thống các bằng chứng hiện có về các thành phần và cách thức triển khai chăm sóc phục hồi hàng rào da trong bệnh da mạn tính, từ đó phân tích và đề xuất cơ sở khoa học cho việc xây dựng và chuẩn hóa quy trình chăm sóc.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp tổng quan hệ thống nhằm tổng hợp và phân tích các bằng chứng về vai trò của các thành phần và cách thức triển khai chăm sóc phục hồi hàng rào da trong quản lý bệnh da mạn tính. Câu hỏi nghiên cứu được xây dựng theo khung PICO (Bảng 1). Quy trình thực hiện và báo cáo nghiên cứu tuân theo hướng dẫn PRISMA 2020. Đề cương nghiên cứu đã được đăng ký trên cơ sở dữ liệu PROSPERO, mã số CRD420251017829. Thời gian thực hiện nghiên cứu từ ngày 05/02/2026 đến ngày 28/02/2026.

*Tác giả liên hệ
Email: hienntbmh2017@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 985996888 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD13.6428

Bảng 1. Khung PICO

Thành phần	Tiêu chí lựa chọn	Từ khóa chính
Population	Người bệnh mọi lứa tuổi có tổn thương da mạn tính liên quan rối loạn hàng rào da (≥ 6 tuần); không bao gồm vết thương cấp hay loét	chronic skin conditions; impaired skin barrier; chronic xerosis; chronic dermatitis
Intervention	Can thiệp chăm sóc phục hồi hàng rào da do điều dưỡng (hoặc mô hình có vai trò điều dưỡng rõ ràng), bao gồm chăm sóc da hằng ngày, dưỡng ẩm, chăm sóc duy trì và giáo dục tự chăm sóc	nursing intervention; nurse-led care; skin barrier repair; emollients; moisturizers; patient education
Comparison	Chăm sóc thông thường, không có chương trình chăm sóc da chuẩn hóa, hoặc mô hình chăm sóc không tập trung hàng rào da	usual care; standard care; non–barrier-focused care
Outcomes	Primary: cải thiện triệu chứng da (khô da, bong vảy, dày da, ngứa) Secondary: chất lượng cuộc sống, tái phát, tuân thủ, nhu cầu thuốc Implementation: khả thi, tuân thủ can thiệp, hài lòng người bệnh	clinical skin outcomes; quality of life; adherence; relapse; feasibility; patient satisfaction

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là các nghiên cứu gốc thực hiện trên người bệnh mắc các bệnh da mạn tính liên quan đến rối loạn hàng rào bảo vệ da (thời gian mắc bệnh ≥ 6 tuần), như viêm da cơ địa, da khô mạn tính, bong vảy hoặc lichen hóa. Các nghiên cứu được lựa chọn khi đánh giá các can thiệp phục hồi hàng rào da (dưỡng ẩm, chăm sóc da hằng ngày, chăm sóc duy trì hoặc giáo dục sức khỏe), có nhóm so sánh phù hợp và báo cáo ít nhất một kết quả lâm sàng hoặc kết quả liên quan đến chăm sóc điều dưỡng. Chỉ bao gồm các nghiên cứu có vai trò điều dưỡng rõ ràng trong triển khai hoặc mô hình chăm sóc. Loại trừ các bài tổng quan, báo cáo ca bệnh, thư gửi tòa soạn, nghiên cứu không có toàn văn, không đủ dữ liệu để trích xuất hoặc nghiên cứu chỉ đánh giá điều trị bằng thuốc mà không mô tả can thiệp phục hồi hàng rào da.

2.3. Tìm kiếm và lựa chọn nghiên cứu: Việc tìm kiếm tài liệu được thực hiện trên bốn cơ sở dữ liệu điện tử gồm PubMed, Ovid, Wiley Online Library và Cochrane Library. Chiến lược tìm kiếm được xây dựng dựa trên khung PICO, sử dụng các từ khóa liên quan đến bệnh da mạn tính (chronic skin disease, atopic dermatitis, eczema, psoriasis), phục hồi hàng rào da (skin barrier repair, emollients, moisturizers), chăm sóc điều dưỡng (nursing care, nurse-led care, patient education) và kết quả lâm sàng; các từ khóa được kết hợp bằng các toán tử Boolean AND, OR và NOT, đồng thời điều chỉnh phù hợp với từng cơ sở dữ liệu. Chiến lược tìm kiếm chi tiết được trình bày trong phụ lục. Quá trình sàng lọc nghiên cứu được thực hiện độc lập bởi hai nhà nghiên cứu theo hướng dẫn PRISMA, bao gồm loại bỏ tài liệu trùng lặp, sàng lọc tiêu đề và tóm tắt, sau đó đánh giá toàn văn theo tiêu chuẩn lựa chọn. Những bất đồng được giải quyết bằng thảo luận hoặc tham vấn nhà nghiên cứu thứ ba. Quy trình lựa chọn nghiên cứu được trình bày bằng sơ đồ PRISMA.

2.4. Trích xuất dữ liệu và đánh giá chất lượng: Dữ liệu được trích xuất, ghi nhận bao gồm đặc điểm nghiên cứu, đối tượng, nội dung can thiệp, nhóm so sánh và các kết quả. Nguy cơ sai lệch được đánh giá bằng công cụ RoB 2 đối với thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng và ROBINS-I đối với nghiên cứu không ngẫu nhiên. Mức độ tin cậy của bằng chứng được đánh giá theo hệ thống GRADE dựa trên nguy cơ sai lệch, tính nhất quán, tính trực tiếp và độ chính xác của kết quả.

2.5. Phân tích dữ liệu: Dữ liệu được tổng hợp theo phương pháp tổng hợp tường thuật (narrative synthesis). Các nghiên cứu được phân loại theo đặc điểm đối tượng, nội dung can thiệp, kết quả đánh giá và vai trò của điều dưỡng trong chăm sóc phục hồi hàng rào da. Kết quả được trình bày dưới dạng bảng và mô tả định tính nhằm tổng hợp các bằng chứng hiện có, so sánh sự tương đồng và khác biệt giữa các nghiên cứu, đồng thời làm rõ các thành phần và cách thức triển khai chăm sóc phục hồi hàng rào da trong thực hành lâm sàng.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả tìm kiếm và đặc điểm của các nghiên cứu

Tìm kiếm trên bốn cơ sở dữ liệu thu được 882 bài báo. Sau khi loại trùng lặp và sàng lọc tiêu đề, tóm tắt, 146 bài được đọc toàn văn. Cuối cùng, 20 nghiên cứu đáp ứng tiêu chí và được đưa vào tổng quan. Trong đó, các nghiên cứu chủ yếu là thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, được thực hiện tại châu Âu (n = 8), châu Á (n = 8), Bắc Mỹ (n = 3) và châu Úc (n = 1), trên các nhóm tuổi khác nhau mắc bệnh da mạn tính, chủ yếu là viêm da cơ địa (n = 13) và da khô mạn tính (n = 6). Can thiệp tập trung vào dưỡng ẩm và quy trình chăm sóc phục hồi hàng rào da, đôi khi kết hợp giáo dục sức khỏe cho người bệnh, với thời gian theo dõi từ 7,5 ngày đến 24 tuần. Phân loại theo cơ chế bệnh sinh, phần lớn thuộc nhóm tổn thương do viêm (n = 16), tiếp theo là nhóm bệnh tự miễn (n = 2) và rối loạn tuần hoàn (n = 2).

3.2. Tổng hợp các can thiệp phục hồi hàng rào da trong chăm sóc và quản lý tổn thương da mạn tính

Mặc dù đều hướng đến mục tiêu phục hồi hàng rào da, các nghiên cứu có sự khác biệt đáng kể về bệnh lý đích, thành phần dưỡng ẩm, hoạt chất sử dụng, quy trình chăm sóc và thời gian can thiệp. Ở nhóm tổn thương da do viêm, các can thiệp chủ yếu sử dụng ceramide, urea, niacinamide hoặc lipid sinh lý kết hợp làm sạch da, giáo dục sức khỏe và kiểm soát tuân thủ điều trị. Trong khi đó, nhóm bệnh tự miễn tập trung vào dưỡng ẩm hỗ trợ song song với điều trị nền, còn nhóm rối loạn tuần hoàn chủ yếu chuẩn hóa quy trình bôi và lựa chọn hoạt chất phù hợp. Mặc dù có sự khác biệt giữa các nhóm bệnh, hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy xu hướng chuyển từ sử dụng dưỡng ẩm đơn thuần sang các chương trình chăm sóc có cấu trúc.

Về đặc điểm can thiệp, các nghiên cứu ở cả ba nhóm đều cho thấy xu hướng chuyển từ "dưỡng ẩm đơn thuần" sang các quy trình chăm sóc có cấu trúc, bao gồm làm sạch da chuẩn hóa, sử dụng dưỡng ẩm có hoạt chất phục hồi hàng rào da (ceramide, urea, niacinamide, lipid sinh lý hoặc hoạt chất sinh học), kết hợp hướng dẫn kỹ thuật bôi và tần suất sử dụng cố định (chủ yếu 2 lần/ngày). Tuy nhiên, mức độ chuẩn hóa quy trình cao nhất được ghi nhận ở nhóm tổn thương da do viêm, với nhiều nghiên cứu xây dựng đầy đủ chuỗi chăm sóc từ làm sạch – bôi thuốc – dưỡng ẩm – giáo dục sức khỏe cho người bệnh.

Về thời gian can thiệp và mức độ chuẩn hóa, nhóm tổn thương da do viêm có khoảng thời gian đa dạng nhất (7,5 ngày đến 24 tuần) và cũng là nhóm có nhiều mô hình can thiệp phức hợp nhất (kết hợp giáo dục sức khỏe, kiểm soát tuân thủ điều trị, phối hợp sử dụng corticosteroid). Trong khi đó, nhóm tổn thương da do bệnh tự miễn tập trung vào các phác đồ dưỡng ẩm hỗ trợ song song điều trị nền, còn nhóm tổn thương da do rối loạn tuần hoàn chủ yếu hướng đến chuẩn hóa quy trình bôi đơn giản nhưng kiểm soát chặt hoạt chất và tần suất. Nhìn chung, sự khác biệt giữa các nghiên cứu không chỉ nằm ở loại bệnh mà còn ở mục tiêu điều trị, thành phần can thiệp, mức độ chuẩn hóa quy trình và thời gian theo dõi. Vì vậy, các kết quả được tổng hợp theo từng nhóm bệnh nhằm phản ánh đặc điểm của từng chiến lược chăm sóc, thay vì xem như một mô hình can thiệp thống nhất (Bảng 2).

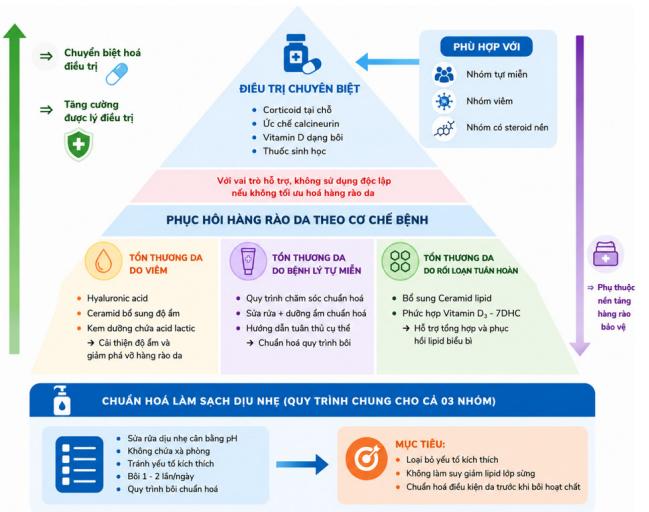
Bảng 2. So sánh đặc điểm can thiệp chăm sóc da giữa các nhóm bệnh

Nội dung	Nhóm viêm	Nhóm bệnh tự miễn	Nhóm rối loạn tuần hoàn
Số nghiên cứu	n = 16	n = 2	n = 2
Mục tiêu can thiệp	Phục hồi hàng rào da + giảm viêm + giảm triệu chứng	Hỗ trợ điều trị nền + cải thiện hàng rào da	Giảm khô da + cải thiện chức năng da
Thành phần chính	Ceramide, urea, HA, lipid sinh lý, corticosteroid phối hợp	Acid lactic, polidocanol, dưỡng ẩm hỗ trợ	Vitamin D3, 7-DHC, ceramide, hoạt chất sinh học
Mức độ chuẩn hóa quy trình	Cao (chuỗi chăm sóc đầy đủ)	Trung bình (chuẩn hóa dưỡng ẩm + điều trị nền)	Trung bình – thấp (chuẩn hóa bôi và hoạt chất)
Quy trình chăm sóc	Làm sạch → điều trị (nếu có) → dưỡng ẩm → giáo dục sức khỏe	Làm sạch → dưỡng ẩm hỗ trợ + điều trị nền	Làm sạch → bôi dưỡng ẩm/ hoạt chất
Tần suất bôi	Chủ yếu 2 lần/ ngày	2 lần/ngày	1–2 lần/ngày
Thời gian can thiệp	7,5 ngày – 24 tuần	2–8 tuần	4 tuần
Đặc điểm nổi bật	Can thiệp phức hợp, nhiều mô hình giáo dục sức khỏe & tuân thủ	Dưỡng ẩm đóng vai trò hỗ trợ điều trị miễn dịch	Tập trung kiểm soát hoạt chất và chuẩn hóa đơn giản

3.3. Đề xuất lược đồ chuẩn hóa quy trình chăm sóc phục hồi hàng rào da trong quản lý bệnh da mạn tính

Dựa trên tổng hợp các bằng chứng từ 20 nghiên cứu, nhóm nghiên cứu đề xuất lược đồ chăm sóc phục hồi hàng rào da theo mô hình phân tầng nhằm hệ thống hóa các thành phần can thiệp thường gặp ở từng nhóm bệnh. Lược đồ này được xây dựng từ tổng hợp tường thuật của các nghiên cứu và không đại diện cho một quy trình điều trị thống nhất áp dụng cho mọi bệnh da mạn tính.

Ở tầng nền, làm sạch da dịu nhẹ được chuẩn hóa với sản phẩm làm sạch không chứa xà phòng, giúp hạn chế mất lipid lớp sừng và duy trì chức năng hàng rào da. Tầng trung tâm tập trung vào phục hồi hàng rào da theo cơ chế bệnh sinh, với các hoạt chất như ceramide, urea, glycerol hoặc niacinamide trong nhóm viêm, tối ưu tuân thủ điều trị và chăm sóc nền trong nhóm bệnh tự miễn và bổ sung lipid hoặc điều hòa chuyển hóa vitamin D trong nhóm rối loạn tuần hoàn. Sự khác biệt này cho thấy xu hướng cá thể hóa chăm sóc da theo cơ chế bệnh thay vì áp dụng đồng nhất. Tầng trên cùng là điều trị đặc hiệu bằng thuốc (corticosteroid, thuốc điều hòa miễn dịch hoặc sinh học), thường được phối hợp với chăm sóc hàng rào da thay vì chỉ sử dụng đơn độc các thuốc điều trị. Điều này nhấn mạnh vai trò nền tảng của hàng rào da trong tối ưu hiệu quả điều trị (Hình 1).



Hình 1. Lược đồ chuẩn hoá quy trình chăm sóc phục hồi hàng rào da

4. BÀN LUẬN

Các bằng chứng được tổng hợp cho thấy nhiều nghiên cứu có xu hướng triển khai can thiệp phục hồi hàng rào da theo quy trình chăm sóc có cấu trúc, thay vì chỉ sử dụng đơn lẻ các sản phẩm dưỡng ẩm. Tuy nhiên, mức độ chuẩn hóa và nội dung can thiệp còn khác nhau giữa các nhóm bệnh và giữa các nghiên cứu. Hiệu quả can thiệp phụ thuộc không chỉ vào thành phần hoạt chất mà còn vào cách lựa chọn sản phẩm, phối hợp điều trị nền và đặc biệt là tính nhất quán trong quy trình chăm sóc da. Mặc dù các nghiên cứu có sự khác biệt về bệnh lý, thành phần can thiệp và quy trình chăm sóc, nhiều nghiên cứu đều bao gồm ba thành phần cốt lõi là làm sạch da, phục hồi hàng rào da và điều trị đặc hiệu. Trên cơ sở đó, nghiên cứu đề xuất lược đồ chăm sóc ba tầng gồm: (1) làm sạch dịu nhẹ nhằm duy trì chức năng hàng rào da bằng các sản phẩm có pH cân bằng, không chứa xà phòng và hạn chế các yếu tố kích thích; (2) phục hồi hàng rào da theo cơ chế bệnh bằng các thành phần như ceramide, chất hút ẩm hoặc các phức hợp lipid sinh học; và (3) phối hợp điều trị đặc hiệu như corticosteroid, thuốc ức chế calcineurin, vitamin D hoặc thuốc sinh học khi có chỉ định. Trong lược đồ chăm sóc này, hai tầng đầu được xem là nền tảng hỗ trợ điều trị và thường được triển khai đồng thời với điều trị đặc hiệu trong nhiều nghiên cứu [7], [8].

Cách tiếp cận này phù hợp với xu hướng quốc tế, trong đó chăm sóc hàng rào da được tích hợp vào chiến lược điều trị bệnh da mạn tính, đặc biệt trong viêm da cơ địa và vảy nến. Các khuyến cáo gần đây nhấn mạnh vai trò của dưỡng ẩm có hoạt tính sinh học và quy trình chăm sóc chuẩn hoá trong việc cải thiện chức năng hàng rào và hỗ trợ điều trị nền [9]. Kết quả tổng quan cũng gợi ý rằng việc chuẩn hóa quy trình chăm sóc và hướng dẫn người bệnh có thể góp phần cải thiện tuân thủ điều trị và hỗ trợ kết cục lâm sàng. Tuy nhiên, do sự khác biệt về bệnh lý,

thành phần can thiệp và tiêu chí đánh giá giữa các nghiên cứu, mối liên quan này cần được xác nhận thêm bằng các nghiên cứu có thiết kế chặt chẽ hơn [4].

Từ góc độ ứng dụng, lược đồ chăm sóc ba bước (làm sạch – phục hồi theo cơ chế – điều trị chuyên biệt) có thể được xem là một gợi ý để xây dựng hoặc chuẩn hóa quy trình chăm sóc tại các cơ sở lâm sàng. Việc áp dụng trong thực hành cần được cân nhắc theo từng nhóm bệnh, điều kiện nguồn lực và các khuyến cáo chuyên ngành hiện hành. Việc chuẩn hoá từ bước làm sạch, lựa chọn dưỡng ẩm phù hợp cơ chế bệnh đến hướng dẫn cụ thể về cách sử dụng có thể giúp tối ưu hiệu quả điều trị, đồng thời góp phần nâng cao tuân thủ và giảm nguy cơ tái phát trong các bệnh da mạn tính [10].

Nghiên cứu có một số hạn chế. Thứ nhất, các nghiên cứu được đưa vào tổng quan có sự khác biệt đáng kể về bệnh lý, loại can thiệp, thành phần hoạt chất, thời gian theo dõi và tiêu chí đánh giá, do đó chưa thể xây dựng một quy trình chăm sóc thống nhất áp dụng cho tất cả các bệnh da mạn tính. Thứ hai, tổng quan sử dụng phương pháp tổng hợp tường thuật và không thực hiện phân tích gộp nên chưa định lượng được hiệu quả của từng thành phần can thiệp. Ngoài ra, số lượng nghiên cứu ở một số nhóm bệnh còn hạn chế, làm giảm khả năng khái quát hóa kết quả. Trong tương lai, cần có thêm các thử nghiệm lâm sàng chất lượng cao và các nghiên cứu so sánh trực tiếp giữa các mô hình chăm sóc để xác định quy trình phục hồi hàng rào da tối ưu cho từng nhóm bệnh.

5. KẾT LUẬN

Tổng quan này cho thấy các can thiệp phục hồi hàng rào da trong bệnh da mạn tính đang chuyển dịch từ tiếp cận sản phẩm đơn lẻ sang quy trình chăm sóc chuẩn hoá có cấu trúc, với vai trò trung tâm của làm sạch dịu nhẹ và phục hồi theo cơ chế bệnh. Mô hình phân tầng ba bước (làm sạch – phục hồi hàng rào – điều trị chuyên biệt) cung cấp một khung tiếp cận tích hợp, phù hợp với xu hướng quốc tế và có tính ứng dụng cao trong thực hành lâm sàng. Tuy nhiên, cần thêm các nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng với thời gian theo dõi dài hạn để củng cố bằng chứng và đánh giá hiệu quả duy trì của quy trình này trong bối cảnh thực hành tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Lio PA (2016). Efficacy of a moisturizing foam in skin barrier regeneration and itch relief in subjects prone to atopic dermatitis. J Drugs Dermatol, 15(11), tr. S77–S80.

[2] Tsunemi Y, Nakahigashi H (2022). Clinical study on the effects of the applied volume of moisturizer in patients with asteatosis. J Dermatol, 49(1), tr. 75–85. doi:10.1111/1346-8138.16160

[3] Kim S, Ly BK, Ha JH, Carson KA, Hawkins S, Kang S, et al. (2022). A consistent skin care regimen leads to objective and subjective improvements in dry human skin: investigator-blinded randomized clinical trial. J Dermatolog Treat, 33(1), tr. 300–305. doi:10.1080/09546634.2020.1751037

[4] Draelos Z, Hougeir FG, Nguyen TQ, Garimella S, Emesiani C, Qureshi A, et al. (2025). Study of adjuvant sensitive-skin cleansing and moisturizing regimen in plaque psoriasis. J Drugs Dermatol, 24(8), tr. 739–743. doi:10.36849/JDD.9163

[5] Filippi F, Chessa MA, Bardazzi F, Pileri A, Patrizi A (2023). An easy-to-use, ceramide-containing skincare routine: effectiveness and improvement of quality of life in elderly patients with xerosis. Ital J Dermatol Venerol, 158(6), tr. 429–436. doi:10.23736/S2784-8671.23.07533-3

[6] Barbarot S, Aubert H, Vibet MA, Leray M, Foureau A, Elan F, et al. (2024). Effectiveness of a nurse-led one-to-one education programme in addition to standard care in children with atopic dermatitis: a multicentre randomized controlled trial. Br J Dermatol, 191(2), tr. 177–186. doi:10.1093/bjd/ljae111

[7] Elias PM, Wakefield JS (2011). Therapeutic implications of a barrier-based pathogenesis of atopic dermatitis. Clin Rev Allergy Immunol, 41(3), tr. 282–295. doi:10.1007/s12016-010-8231-1

[8] Proksch E, Brandner JM, Jensen JM (2008). The skin: an indispensable barrier. Exp Dermatol, 17(12), tr. 1063–1072. doi:10.1111/j.1600-0625.2008.00786.x

[9] Wollenberg A, Kinberger M, Arents B, et al (2025). European Guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema: Living update. J Eur Acad Dermatol Venereol, 39(9), tr. 1537-1566. doi:10.1111/jdv.20639

[10] Cork MJ, Danby SG, Vasilopoulos Y, Hadgraft J, Lane ME, Moustafa M, et al. (2009). Epidermal barrier dysfunction in atopic dermatitis. J Invest Dermatol, 129(8), tr. 1892–1908. doi:10.1038/jid.2009.133