

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA BỆNH VẢY PHẦN HỒNG TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG

Phạm Thị Hằng¹, Phạm Thị Minh Phương², Lê Hữu Doanh^{1,2}, Nguyễn Thị Hà Vinh^{1,2}
và Trần Thị Huyền^{1,2*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan của bệnh vảy phần hồng.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 124 bệnh nhân được chẩn đoán vảy phần hồng tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 9/2022 đến tháng 6/2023. Các bệnh nhân được khám lâm sàng, khai thác tiền sử, bệnh sử để đánh giá tình trạng bệnh.

Kết quả: Tuổi trung bình của các bệnh nhân là $27,0 \pm 11,1$, thấp nhất là 2 tuổi và cao nhất là 65 tuổi. Nhóm tuổi 20 - 29 tuổi gồm 50 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ cao nhất (40,3%) và đa phần là học sinh sinh viên (35,5%). Có 89 bệnh nhân nữ, chiếm 71,8%, cao hơn so với bệnh nhân nam (35 bệnh nhân, chiếm 28,2%). Bệnh chủ yếu gặp mùa thu đông (71 bệnh nhân, chiếm 57,3%). Phần lớn các bệnh nhân không có tiền sử bệnh lý trước khi xuất hiện tổn thương da (85,5%). Về triệu chứng ngứa, chủ yếu gặp không ngứa hoặc ngứa nhẹ, lần lượt chiếm 17,7% và 46,8%. Tỷ lệ bệnh nhân ngứa nhiều, cả ngày và đêm, ảnh hưởng giấc ngủ là thấp nhất (5 bệnh nhân, chiếm 4,0%). Đa số bệnh nhân nghiên cứu mắc bệnh vảy phần hồng mức độ trung bình (97 bệnh nhân, chiếm 78,2%).

Kết luận: Các triệu chứng của bệnh vảy phần hồng khá đa dạng. Bệnh chủ yếu gặp ở lứa tuổi 20 - 29 tuổi, hay gặp vào mùa thu đông, triệu chứng ngứa mức độ nhẹ, đa số bệnh nhân có mức độ bệnh trung bình.

Từ khóa: Bệnh đỏ da bong vảy, human herpes virus-6, human herpes virus-7, vảy phần hồng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vảy phần hồng Gibert là bệnh da cấp tính, tự giới hạn, có ở mọi nơi trên thể giới, không phân biệt chủng tộc. Bệnh đặc trưng bởi tổn thương sơ

phát hình tròn hoặc hình bầu dục, kích thước 2 - 4 cm, màu đỏ cá hồi, có vảy da ở bờ tổn thương. Khoảng vài ngày tới vài tuần sau, xuất hiện râm rộ tổn thương toàn phát lan rộng với tính chất tương tự, kích thước 0,5 - 1 cm, với kiểu phân bố điển hình dạng cây thông Noel. Trước khi xuất hiện các triệu chứng trên da, bệnh nhân có thể có biểu hiện giống cúm như đau đầu, viêm đường hô hấp trên, mệt mỏi. Ngứa gặp ở 25 - 75% bệnh nhân với mức độ từ nhẹ đến nặng và gây khó chịu cho người bệnh. Bệnh hay gặp hơn ở trẻ vị thành

¹ Trường Đại học Y Hà Nội

² Bệnh viện Da liễu Trung ương

*Tác giả liên hệ: Email: drhuyentrang@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/06/2023

Ngày phản biện: 09/07/2023

Ngày chấp nhận đăng: 25/10/2023

DOI: <https://doi.org/10.56320/tcdlhnv.43.146>



niên và người trẻ, 10 - 35 tuổi, hiếm gặp ở nhóm dưới 2 tuổi và trên 65 tuổi. Bệnh tiến triển lành tính thường tự khỏi sau 6 đến 8 tuần. Tuy nhiên, bệnh có thể dai dẳng làm người bệnh lo lắng, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.

Căn nguyên gây bệnh đến nay vẫn chưa rõ, nhiều đặc điểm lâm sàng, dịch tễ và miễn dịch của bệnh hướng về các tác nhân nhiễm trùng (vi khuẩn, nấm, virus) như: Tổn thương cơ bản của vảy phấn hồng biểu hiện giống phát ban do virus, bệnh thay đổi theo mùa¹, thường xảy ra thành từng nhóm trong cộng đồng², tỷ lệ tái phát thấp gợi ý một miễn dịch kéo dài sau lần nhiễm đầu tiên³, và đặc biệt, khởi phát bệnh thường liên quan đến viêm nhiễm đường hô hấp trên⁴.

Trong nhiều năm qua, đã có rất nhiều nghiên cứu được tiến hành để tìm nguyên nhân có thể gây vảy phấn hồng như vi khuẩn⁵, nấm và đặc biệt là virus, trong đó tập trung vào hai HHV (human herpes virus) phổ biến là HHV-6 và HHV-7⁶. Trong thực hành lâm sàng chúng tôi nhận thấy các bệnh nhân vảy phấn hồng có sự gia tăng về số lượng và đa dạng về hình thái lâm sàng. Ở nước ta nói chung và tại Bệnh viện Da liễu Trung ương nói riêng, cho đến nay, nghiên cứu về bệnh vảy phấn hồng còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích khảo sát đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan của bệnh vảy phấn hồng tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 9/2022 đến tháng 6/2023.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Có 124 bệnh nhân vảy phấn hồng tới khám tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Da liễu Trung ương tham gia nghiên cứu, trong thời gian từ tháng 9/2022 đến tháng 6/2023. Chẩn đoán bệnh vảy phấn hồng chủ yếu dựa vào lâm sàng: Dát

Herald (tổn thương mẹ), các tổn thương con với màu đỏ cá hồi, hình tròn hoặc oval, có viền vảy mỏng ở bờ rìa tổn thương, phân bố theo kiểu áo khoác manteau và cây thông Noel. Các trường hợp nghi ngờ được làm xét nghiệm soi tươi tìm nấm và huyết thanh chẩn đoán giang mai để loại trừ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Đây là một nghiên cứu cắt ngang, được tiến hành từ tháng 9 năm 2022 đến tháng 6 năm 2023 tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Da liễu Trung ương. Cỡ mẫu được thu thập thuận tiện, theo trình tự thời gian.

Quy trình nghiên cứu

Các bệnh nhân vảy phấn hồng tham gia nghiên cứu được hỏi bệnh, khám bệnh, chụp ảnh, ghi chép lại các thông tin vào bệnh án nghiên cứu đã được lập sẵn. Các biến số chính là: Các thông tin cá nhân (tên, tuổi, giới, địa chỉ, trình độ văn hóa, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp); tiền sử bị vảy phấn hồng; tiền sử mắc các bệnh nhiễm trùng đường hô hấp, nhiễm trùng khác; thời gian mắc bệnh. Khám phát hiện các triệu chứng lâm sàng: Triệu chứng cơ năng (ngứa, châm chích, bứt rứt, rát, nóng); triệu chứng thực thể (loại tổn thương, số lượng, vị trí, kích thước, màu sắc); biểu hiện toàn thân (mệt mỏi, chán ăn, sốt, đau khớp). Một số tiêu chí đánh giá trong nghiên cứu bao gồm:

Phân loại mức độ ngứa theo thang điểm PNRS (Pruritus Numeric Rating Scale)⁷ với 6 mức độ từ 0 điểm đến 5 điểm tương ứng với triệu chứng: Không ngứa; ngứa nhẹ, chủ yếu vào buổi tối; ngứa nhẹ, cả ngày; ngứa nhiều, chủ yếu buổi tối; ngứa nhiều, chủ yếu buổi tối, ảnh hưởng giấc ngủ; ngứa nhiều, cả ngày và đêm, ảnh hưởng giấc ngủ.

Đánh giá mức độ nặng của bệnh theo thang điểm PRSS (Pityriasis Rosea Severity Score)⁸ (Bảng 1).

Bảng 1. Bảng tính điểm PRSS

Điểm	Số lượng tổn thương (N)	Đỏ da (E)	Dày da (I)	Vảy da (S)
0	0	Không	Không	Không
1	1-9	Nhẹ	Nhẹ	Nhẹ
2	10 - 19	Vừa	Vừa	Vừa
3	≥ 20	Nặng	Nặng	Nặng

$$PRSS = Nt (Et + It + St) + Ne (Ee + le + Se).$$

t: Thân mình, đầu e: tay, chân.

Dựa trên chỉ số PRSS, nhóm nghiên cứu chia mức độ nặng của bệnh thành: nhẹ (PRSS ≤ 10), trung bình (10 < PRSS < 20) và nặng (PRSS ≥ 20).

Xử lý số liệu

Các tính toán được thực hiện bằng phần mềm SPSS 16.0. Các biến rời rạc được mô tả bằng tần suất, tỷ lệ %. Các biến liên tục được mô tả bằng giá trị trung bình, độ lệch.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

Tất cả người bệnh tham gia nghiên cứu một cách tự nguyện, được giải thích về quy trình, mục

tiêu nghiên cứu và ký vào bản chấp thuận tham gia nghiên cứu. Các thông tin liên quan đến người bệnh tham gia nghiên cứu đều được giữ bí mật. Các số liệu được thu thập trung thực, các kết quả được xử lý và phân tích theo phương pháp khoa học. Nghiên cứu viên đảm bảo thực hiện quy trình phù hợp với tuyên ngôn Helsinki về đạo đức trong nghiên cứu y sinh. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức và được sự chấp thuận của Trường Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Da liễu Trung ương theo Quyết định số 82/HĐĐĐ-BVDLTW, ngày 01 tháng 9 năm 2022.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của các bệnh nhân vảy phấn hồng

Bảng 2. Đặc điểm chung của các bệnh nhân vảy phấn hồng (N = 124)

Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
0 - 9 tuổi	7	5,6
10 - 19 tuổi	21	16,9
20 - 29 tuổi	50	40,3
30 - 39 tuổi	34	27,4
40 - 49 tuổi	7	5,6
50 - 59 tuổi	3	2,4
≥ 60 tuổi	2	1,6



Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
Giới		
Nam	35	28,2
Nữ	89	71,8
Nghề nghiệp		
Cán bộ công chức	34	27,4
Công nhân	2	1,6
Học sinh, sinh viên	44	35,5
Lao động tự do	42	33,9
Nông dân	1	0,8
Hưu trí	1	0,8
Địa dư		
Thành thị	86	69,4
Nông thôn	38	30,6
Thời điểm mắc bệnh		
Tháng 1 - 3	39	31,5
Tháng 4 - 6	14	11,3
Tháng 7 - 9	10	8,1
Tháng 10 - 12	61	49,2

Tuổi trung bình của các bệnh nhân là $27,0 \pm 11,1$. Trong đó, thấp nhất là 2 tuổi và cao nhất là 65 tuổi. Nhóm tuổi từ 20-29 tuổi gồm 50 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ cao nhất (40,3%). Có 89 bệnh nhân nữ, chiếm 71,8%, cao hơn so với số bệnh nhân nam (35 bệnh nhân, chiếm 28,2%). Tỷ lệ nữ : nam = 2,5 : 1. Đa số các bệnh nhân thuộc nhóm đối tượng học sinh, sinh viên (44 bệnh nhân, chiếm 35,5%). Vùng địa dư hay gặp nhất là thành thị (81 bệnh nhân, chiếm 65,3%). Bệnh chủ yếu gặp mùa thu đông (71 bệnh nhân, chiếm 57,3%) (Bảng 2).

3.2. Đặc điểm lâm sàng bệnh vảy phấn hồng

Bảng 3. Đặc điểm tiền sử bệnh lý, thời gian bị bệnh và vị trí tổn thương sơ phát (N = 124)

Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
Tiền sử bệnh lý		
Bệnh da khác	0	0
Viêm đường hô hấp trên	18	14,5
Viêm đường tiêu hóa	0	0

Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
Không	106	85,5
Thời gian bị bệnh		
Dưới 2 tuần	65	52,4
Từ 2 - 4 tuần	24	19,4
Trên 4 tuần	35	28,2
Vị trí tổn thương sơ phát		
Đầu mặt cổ	9	7,3
Ngón chi	16	12,9
Gốc chi	37	29,8
Thân mình	62	50

Đa số bệnh nhân vảy phấn hồng không có tiền sử bệnh lý trước khi xuất hiện tổn thương da (85,5%). Có 18 bệnh nhân, chiếm 14,5%, có biểu hiện viêm đường hô hấp trên trước khi xuất hiện tổn thương da. Thời gian mắc bệnh trung bình trước khi đến khám của các bệnh nhân là $22,2 \pm$

18,3 ngày. Tổn thương sơ phát xuất hiện nhiều nhất vùng thân mình (62 bệnh nhân, chiếm 50%). Tại chi thể, tổn thương sơ phát gặp chủ yếu ở vùng gốc chi (37 bệnh nhân, chiếm 29,8%). Có 9 bệnh nhân xuất hiện tổn thương sơ phát vùng đầu mặt cổ, chiếm tỷ lệ thấp nhất (7,3%) (Bảng 3).

Bảng 4. Thời gian xuất hiện và phân bố tổn thương toàn phát (N = 124)

Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
Thời gian xuất hiện sau tổn thương sơ phát		
Dưới 2 ngày	21	16,9
Từ 2 ngày - 2 tuần	86	69,4
Trên 2 tuần	17	13,7
Phân bố tổn thương		
Điển hình dạng cây thông Noel	48	38,7
Không điển hình	76	61,3

Thời gian trung bình từ khi xuất hiện tổn thương sơ phát đến khi xuất hiện tổn thương toàn phát của các bệnh nhân là $7,25 \pm 7,0$ ngày, hay gặp nhất là từ 2 ngày - 2 tuần (86 bệnh nhân, chiếm

69,4%). Đa số các bệnh nhân có hình thái phân bố tổn thương toàn phát không điển hình (76 bệnh nhân, chiếm 61,3%). Có 48 bệnh nhân biểu hiện hình thái phân bố tổn thương toàn phát điển hình dạng cây thông Noel, chiếm 38,7% (Bảng 4).



Bảng 5. Phân loại mức độ ngứa và mức độ nặng của bệnh (N = 124)

Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
Mức độ ngứa theo thang điểm PNRS		
Không ngứa	22	17,7
Ngứa nhẹ, chủ yếu vào buổi tối	24	19,4
Ngứa nhẹ, cả ngày	34	27,4
Ngứa nhiều, chủ yếu buổi tối	27	21,8
Ngứa nhiều, chủ yếu buổi tối, ảnh hưởng giấc ngủ	12	9,7
Ngứa nhiều, cả ngày và đêm, ảnh hưởng giấc ngủ	5	4,0
Mức độ nặng theo thang điểm PRSS		
Nhẹ	11	8,9
Trung bình	97	78,2
Nặng	16	12,9

Ở các bệnh nhân vảy phấn hồng, chủ yếu gặp không ngứa hoặc ngứa nhẹ, lần lượt chiếm 17,7% và 46,8%. Tỷ lệ bệnh nhân ngứa nhiều, cả ngày và đêm, ảnh hưởng giấc ngủ là thấp nhất (5 bệnh nhân, chiếm 4,0%). Theo phân độ của nhóm nghiên cứu dựa trên thang điểm PRSS, đa số các bệnh nhân vảy phấn hồng có mức độ bệnh trung bình với 97 bệnh nhân, chiếm 78,2%; mức độ nặng chiếm 12,9% và thấp nhất là mức độ nhẹ với 11 bệnh nhân, chiếm 8,9% (Bảng 5).

4. BÀN LUẬN

Hầu hết các nghiên cứu trên thế giới và ở Việt Nam cho thấy bệnh vảy phấn hồng có thể gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng thường gặp nhất là lứa tuổi trẻ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình mắc bệnh là $27,0 \pm 11,1$, trong đó, thấp nhất là 2 tuổi và cao nhất là 65 tuổi. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của V. Jairath tại Ấn Độ trên 100 bệnh nhân, tuổi trung bình mắc bệnh của hai nhóm bệnh nhân lần lượt là 26,5 và 28,2⁹.

Một nghiên cứu khác của F. Dragon tại Italia trên 570 bệnh nhân cho thấy tuổi trung bình mắc bệnh là $29,9 \pm 4,24$ ³. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của các nghiên cứu khác, cho thấy độ tuổi thường gặp nhất của bệnh vảy phấn hồng là nhóm tuổi trẻ (20 - 29 tuổi).

Sự phân bố về giới của bệnh khác nhau tùy từng nghiên cứu. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Trương Thị Huyền Trang (2014) cho thấy tỷ lệ nam : nữ là 1 : 1,06. Theo nghiên cứu của Chuh tại Ấn Độ, tỷ lệ bệnh gặp ở nữ giới nhiều hơn nam giới, tỷ lệ nam : nữ là 1 : 1,43¹⁰. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trên 124 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ nam : nữ là 1 : 2,5. Sự khác nhau giữa kết quả nghiên cứu của chúng tôi với các tác giả khác có thể là do địa điểm và khoảng thời gian tiến hành nghiên cứu khác nhau nhưng nhìn chung bệnh gặp ở nữ giới ưu thế hơn nam giới.

Về sự phân bố của bệnh theo thời gian trong năm, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số bệnh nhân đến khám và điều trị bệnh vảy phấn hồng

tăng dần vào mùa thu đông, cao nhất vào khoảng từ tháng 10 đến tháng 12. Sự phân bố theo mùa của bệnh khác nhau tùy từng nghiên cứu nhưng bệnh thường xuất hiện vào mùa lạnh^{11,12}. Các bệnh nhân có thể có các biểu hiện tiền triệu như mệt mỏi, đau đầu, sốt, viêm đường hô hấp trên. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 14,5% bệnh nhân có biểu hiện viêm đường hô hấp trên trước khi xuất hiện tổn thương da. Căn nguyên gây bệnh vảy phấn hồng chưa được biết rõ nhưng có thể liên quan tới virus. Trong đó, HHV-6 và HHV-7 được đề cập trong nhiều nghiên cứu và đã được phân lập ở tổn thương da trong bệnh vảy phấn hồng¹³. Điều này có thể góp phần giải thích cho đặc điểm bệnh diễn biến theo mùa, đôi khi phát thành dịch nhỏ¹⁰.

Về đặc điểm lâm sàng bệnh vảy phấn hồng, chúng tôi nhận thấy đa số bệnh nhân xuất hiện tổn thương sơ phát tại da vùng thân mình và gốc chi. Kết quả này phù hợp với kết quả một số nghiên cứu trước đó^{9,14}. Thời gian từ khi xuất hiện tổn thương sơ phát đến khi xuất hiện tổn thương toàn phát là $7,25 \pm 7,0$ ngày, hay gặp nhất là từ 2 ngày đến 2 tuần. Dựa vào thang điểm PRSS, nhóm nghiên cứu phân loại mức độ nặng của bệnh vảy phấn hồng thành 3 nhóm: nhẹ ($PRSS \leq 10$), trung bình ($10 < PRSS < 20$) và nặng ($PRSS \geq 20$). Kết quả cho thấy đa số bệnh nhân vảy phấn hồng có mức độ bệnh trung bình chiếm đa số (97 bệnh nhân, 78,2%). Chẩn đoán xác định bệnh vảy phấn hồng chủ yếu dựa vào lâm sàng. Do đó, nhận định được loại hình tổn thương da và giai đoạn bệnh đóng vai trò quan trọng. Trường hợp điển hình, tiến triển của bệnh được chia làm hai giai đoạn. Ở giai đoạn khởi phát, tổn thương da đặc trưng bởi một mảng tổn thương sơ phát, kích thước 2 - 4 cm, hình tròn hoặc hình bầu dục, màu thịt cá hồi, màu đỏ hoặc tăng sắc tố, vảy da ở bờ rìa tổn thương, còn gọi là

tổn thương mẹ. Ở giai đoạn toàn phát, đồng loạt xuất hiện các tổn thương con lan rộng với tính chất tương tự nhưng kích thước nhỏ hơn. Các tổn thương đều có xu hướng lành ở giữa, vảy da khô, trắng, mỏng, viền xung quanh bờ. Vị trí thường ở thân mình, không có ở vùng tiếp xúc ánh nắng mặt trời, đôi khi khu trú ở cổ, đùi, nách, bẹn, phân bố điển hình dạng cây thông Noel. Trong nghiên cứu này, có 48 bệnh nhân biểu hiện hình thái phân bố tổn thương toàn phát điển hình dạng cây thông Noel, chiếm 38,7%. Ở các trường hợp có phân bố và tổn thương da không điển hình cần chẩn đoán phân biệt với một số bệnh khác như nấm da, viêm da dầu, chàm đồng tiền, chàm khô, giang mai II hoặc vảy nến thể giọt.

Nghiên cứu lớn hơn để đánh giá chính xác hơn mối liên quan giữa bệnh vảy phấn hồng và biểu hiện viêm đường hô hấp trên trước đó, cũng như xác định mối liên quan của bệnh với căn nguyên vi sinh vật, đặc biệt là HHV-6 và HHV-7 đã được đề cập đến trong một số nghiên cứu trên thế giới^{13,15} là cần thiết.

5. KẾT LUẬN

Bệnh vảy phấn hồng gặp ở cả hai giới nhưng chiếm ưu thế hơn ở nữ giới. Bệnh khởi phát nhiều hơn vào mùa thu đông. Nhóm tuổi hay gặp nhất là 20 - 29 tuổi. Hình thái và phân bố tổn thương điển hình hoặc không điển hình. Một số trường hợp có triệu chứng viêm đường hô hấp trên trước khi xuất hiện tổn thương da. Ngứa thường ở mức độ nhẹ, đa số bệnh nhân có mức độ bệnh trung bình.

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. Messenger AG, Knox EG, Summerly R, Muston HL, Ilderton E. Case clustering in pityriasis rosea: support for role of an infective agent. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1982;284(6313):371-373. doi:10.1136/bmj.284.6313.371.
2. Chuh AA, Molinari N, Sciallis G, Harman M, Akdeniz S, Nanda A. Temporal case clustering in pityriasis rosea: a regression analysis on 1379 patients in Minnesota, Kuwait, and Diyarbakir, Turkey. *Arch Dermatol*. 2005;141(6):767-771. doi:10.1001/archderm.141.6.767.
3. Drago F, Ciccarese G, Rebora A, Parodi A. Relapsing pityriasis rosea. *Dermatology*. 2014;229(4):316-318. doi:10.1159/000363568.
4. Sharma L, Srivastava K. Clinicoepidemiological study of pityriasis rosea. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2008;74(6):647-649. doi:10.4103/0378-6323.45113.
5. Chuh AA. A prospective case control study of autoimmune markers in patients with pityriasis rosea. *Clin Exp Dermatol*. 2003;28(4):449-450. doi:10.1046/j.1365-2230.2003.01285_3.x
6. Watanabe T, Kawamura T, Jacob SE, et al. Pityriasis rosea is associated with systemic active infection with both human herpesvirus-7 and human herpesvirus-6. *J Invest Dermatol*. 2002;119(4):793-797. doi:10.1046/j.1523-1747.2002.00200.x
7. Klejtman T, Beylot-Barry M, Joly P, et al. Treatment of prurigo with methotrexate: a multicentre retrospective study of 39 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018;32(3):437-440. doi:10.1111/jdv.14646.
8. Leenutaphong V, Jiamton S. UVB phototherapy for pityriasis rosea: a bilateral comparison study. *J Am Acad Dermatol*. 1995;33(6):996-999. doi:10.1016/0190-9622(95)90293-7.
9. Jairath V, Mohan M, Jindal N, et al. Narrowband UVB phototherapy in pityriasis rosea. *Indian Dermatol Online J*. 2015;6(5):326-329. doi:10.4103/2229-5178.164480.
10. Chuh A, Lee A, Zawar V, Sciallis G, Kempf W. Pityriasis rosea--an update. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2005;71(5):311-315. doi:10.4103/0378-6323.16779.
11. Chuang TY, Perry HO, Ilstrup DM, Kurland LT. Recent upper respiratory tract infection and pityriasis rosea: a case-control study of 249 matched pairs. *Br J Dermatol*. 1983;108(5):587-591. doi:10.1111/j.1365-2133.1983.tb01061.x
12. Ayanlowo O, Akinkugbe A, Olumide Y. The pityriasis rosea calendar: a 7 year review of seasonal variation, age and sex distribution. *Nig Q J Hosp Med*. 2010;20(1):29-31. doi:10.4314/nqjhm.v20i1.57989.
13. Wong WR, Tsai CY, Shih SR, Chan HL. Association of pityriasis rosea with human herpesvirus-6 and human herpesvirus-7 in Taipei. *J Formos Med Assoc*. 2001;100(7):478-483.
14. Leung AKC, Lam JM, Leong KF, Hon KL. Pityriasis Rosea: An Updated Review. *Curr Pediatr Rev*. 2021;17(3):201-211. doi:10.2174/157339631666200923161330.
15. Chuh AA, Chiu SS, Peiris JS. Human herpesvirus 6 and 7 DNA in peripheral blood leucocytes and plasma in patients with pityriasis rosea by polymerase chain reaction: a prospective case control study. *Acta Derm Venereol*. 2001;81(4):289-290. doi:10.1080/00015550152572958.

SUMMARY

Original research

**CLINICAL CHARACTERISTICS AND SOME RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH
PITYRIASIS ROSEA AT THE NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY**

**Pham Thi Hang¹, Pham Thi Minh Phuong², Le Huu Doanh^{1,2}, Nguyen Thi Ha Vinh^{1,2}
and Tran Thi Huyen^{1,2,*}**

ABSTRACT

Objectives: To investigate the clinical characteristics and related factors in patients with pityriasis rosea.

Materials and methods: This was a cross-sectional descriptive study involving 124 patients diagnosed with pityriasis rosea at the National Hospital of Dermatology and Venereology from September 2022 to June 2023. Patients underwent clinical examination and medical history assessment.

Results: The mean age of the patients was 27.0 ± 11.1 years, with the youngest being 2 years old and the oldest 65 years old. The age group 20-29 years comprised the highest proportion, with 50 patients, accounting for 40.3%, most of whom were students, constituting 35.5%. Of the total patients, 89 were female, making up 71.8%, while male patients numbered 35, accounting for 28.2%. The majority of patients had no medical history prior to the appearance of cutaneous lesions (85.5%). The disease predominantly occurred in autumn and winter (71 patients, 57.3%). Regarding pruritus, most patients experienced either no pruritus or mild pruritus, at 17.7% and 46.8%, respectively. The proportion of patients experiencing severe itching, disrupting sleep both day and night, was lowest (5 patients, 4.0%). The majority of patients exhibited moderate disease severity (97 patients, 78.2%).

Conclusions: Pityriasis rosea presents with diverse symptoms, predominantly affecting individuals in the 20 - 29 age group during autumn and winter. Pruritus tends to be mild, and most patients experience moderate disease severity.

Keywords: *Erythroderma, human herpes virus-6, human herpes virus-7, pityriasis rosea.*

¹ Hanoi Medical University

² National hospital of Dermatology and Venereology

* Correspondence: Email: drhuyentran@gmail.com