ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA BỆNH NẤM DA THÂN MỨC ĐỘ TRUNG BÌNH VÀ NẶNG

Vũ Thị Mùi[1], Trần Thị Huyền[1,2], Lê Hữu Doanh[1,2] và Phạm Thị Minh Phương[2,*]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và phân tích các yếu tố liên quan của bệnh nấm da thân mức độ trung bình và nặng.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 299 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là nấm da thân tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 8/2022 đến tháng 8/2023. Người bệnh được khai thác tiền sử, bệnh sử, được khám bệnh để đánh giá một số đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan.

Kết quả: Trong 299 bệnh nhân có 176 nam và 123 nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1,43; tuổi trung bình là 39,3 ± 14,7; thấp nhất là 18, cao nhất là 80 tuổi. Thời gian mắc bệnh trung bình là 8,6 ± 2,1 tháng, trong đó chủ yếu là trên 6 tháng (74,9%). Mức độ bệnh trung bình chiếm 81,6%; mức độ nặng chiếm 18,4%. Tỷ lệ tổn thương lành trung tâm, khu trú, ranh giới rõ, bờ viền liên tục, có mụn nước bờ viền và tái phát lần lượt là 52,8%; 38,8%; 44,8%; 45,5%; 33,8% và 52,8%. Tổn thương thường gặp là vảy da (99,0%) và dát đỏ (79,9%); hình dạng tổn thương điển hình chiếm tỷ lệ cao nhất là đồng tâm (60,2%). Các yếu tố làm tăng nguy cơ bệnh là mùa hè (54,8%), sống tập thể (35,1%), thường xuyên mặc quần áo ẩm (36,1%), thường xuyên tắm xà phòng (62,2%), không là quần áo trước khi mặc (77,3%), và ít hoặc không phơi quần áo dưới ánh sáng mặt trời (85,6%). Tỷ lệ bệnh nhân có mức độ bệnh nặng cao hơn ở nhóm có thời gian mắc bệnh trên 6 tháng (22,2%) so với nhóm dưới 6 tháng (6,8%) với $p < 0,01$; ở nhóm tái phát (26,2%) so với nhóm điều trị mới (10,7%) với $p < 0,001$.

Kết luận: Bệnh nấm da thân có tổn thương lâm sàng đa dạng, mức độ bệnh từ trung bình tới nặng. Các yếu tố có liên quan tới bệnh là mùa hè, sống tập thể, mặc quần áo ẩm, không phơi quần áo dưới ánh sáng mặt trời. Mức độ bệnh nặng có liên quan với thời gian bị bệnh và sự tái phát.

Từ khóa: *Bệnh nấm da thân, đặc điểm lâm sàng, nấm sợi, yếu tố liên quan.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nấm sợi (dermatophytes) là vi nấm hiếu khí xâm nhập và nhân lên trong các mô đã sừng hóa (da, tóc và móng) gây phản ứng viêm và các triệu chứng lâm sàng[1]. Dựa trên vị trí bị ảnh hưởng, chúng đã được phân loại lâm sàng thành

[1]Trường Đại học Y Hà Nội
[2]Bệnh viện Da liễu Trung ương
**Tác giả liên hệ: Email: phuongphamdv@gmail.com*
Ngày nhận bài: 29/8/2023
Ngày phản biện: 25/9/2023
Ngày chấp nhận đăng: 06/10/2023
DOI: https://doi.org/10.56320/tcdlhvn.43.147

nấm tóc piedra, nấm da đầu *(tinea capitis)*, nấm mặt *(tinea facial)*, nấm râu *(tinea barbae)*, nấm da thân *(tinea corporis)*, nấm bẹn *(tinea cruris)*, nấm bàn tay *(tinea manuum)*, nấm bàn chân *(tinea pedis)* và nấm móng *(tinea unguium)*. Các biến thể lâm sàng khác bao gồm nấm đồng tâm *(tinea imbricata)* và u hạt Majocchi[2]. Bệnh nấm da thân *(tinea corporis)* là tình trạng nhiễm nấm nông trên da ở thân mình và các chi ngoại trừ lông, tóc, móng và nếp gấp. Bệnh nấm da thân ban đầu biểu hiện dưới dạng một mảng màu đỏ hình tròn đơn độc với mép trên có vảy nổi lên. Vảy da là tổn thương cơ bản hay gặp. Ngứa gặp ở đa số bệnh nhân nấm, số ít có cảm giác bỏng rát[3].

Nhiễm nấm nông nói chung và bệnh nấm da thân nói riêng là gánh nặng bệnh tật cho nhiều người dân trên toàn thế giới, đặc biệt là ở các vùng nhiệt đới. Theo một nghiên cứu tại Ấn Độ năm 2015, tỷ lệ nhiễm nấm nông là 27,6% (82/297), tỷ lệ căn nguyên do nấm sợi chiếm 75,6% (62/82) và tỷ lệ các loại nấm da khác là 24,4% (20/82)[4]. Tỷ lệ nhiễm nấm nông trên toàn thế giới là 20 - 25%, trong đó, bệnh nấm da thân là thể phổ biến nhất[5]. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh nấm da thân hiện nay đã được nghiên cứu khá đầy đủ, tuy nhiên, tỷ lệ hiện mắc và mức độ nặng của bệnh vẫn rất cao[6] Độ nặng của bệnh ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng cuộc sống, phương pháp điều trị cũng như khả năng tái phát bệnh.

Nghiên cứu các đặc điểm của bệnh nấm da thân đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán mức độ nặng của bệnh. Từ đó đưa ra đánh giá giúp các chuyên gia y tế sẽ lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp, bao gồm các loại kem, thuốc hoặc liệu pháp khác nhau. Đồng thời, việc đánh giá độ nặng của bệnh cũng giúp theo dõi sự tiến triển của bệnh và hiệu quả của liệu trình điều trị, khả năng tái phát. Điều này đảm bảo rằng bệnh nhân nhận được sự chăm sóc y tế tốt nhất và có thể giảm thiểu tác động tiêu cực của bệnh nấm da thân đến cuộc sống hàng ngày. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về bệnh nấm da thân và các yếu tố liên quan[1,2,6,7]. Tuy nhiên, ở Việt Nam, các nghiên cứu về các yếu tố liên quan và mức độ nặng của bệnh nấm da thân còn chưa chi tiết và cụ thể. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng và phân tích các yếu tố liên quan của bệnh nấm da thân mức độ trung bình và nặng tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 299 người bệnh được chẩn đoán bệnh nấm da thân tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 8/2022 đến tháng 8/2023.

Tiêu chuẩn chẩn đoán: Bệnh nhân được chẩn đoán nấm da thân dựa trên các đặc điểm sau: Tổn thương da là các dát đỏ hoặc mảng đỏ, hình tròn, đa cung, kèm vảy da, mụn nước hoặc mụn mủ vùng rìa. Trung tâm xu hướng lành, có thể kèm theo ngứa; vị trí ở thân mình; xét nghiệm: soi tươi thấy hình ảnh sợi nấm chia đốt phân nhánh.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là bệnh nấm da thân và đồng ý tham gia nghiên cứu. Chưa điều trị thuốc bằng thoa hay uống trước đó 7 ngày.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không hợp tác trong việc trả lời các câu hỏi nghiên cứu. Hiện đang mắc một số các bệnh suy gan, suy thận, bệnh toàn thân nặng hoặc suy giảm miễn dịch (HIV/AIDS), tim mạch, bệnh máu ác tính, ung thư, nấm sâu, bệnh nấm da khác không phải nấm sợi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang. Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 8 năm 2022 đến tháng 8 năm 2023 tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Da liễu Trung ương.

Quy trình tiến hành nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán nấm thân thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn. Dữ liệu được thu thập từ nguồn bệnh nhân gồm tuổi, giới, thời gian bị bệnh và các đặc điểm lâm sàng. Lập mẫu bệnh án nghiên cứu, tiến hành thu thập và xử lý số liệu. Tuyển chọn đối tượng nghiên cứu theo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được ký thỏa thuận nghiên cứu trước khi được thực hiện các bước nghiên cứu. Nghiên cứu viên hỏi bệnh theo bộ câu hỏi, mẫu bệnh án có sẵn. Khám lâm sàng, đánh giá triệu chứng cơ năng (ngứa, rát), triệu chứng thực thể (tổn thương cơ bản, phân loại mức độ bệnh theo tiêu chuẩn). Lấy đủ số lượng bệnh nhân cần thiết theo cách chọn mẫu thuận tiện. Nhập số liệu và phân tích số liệu.

Đánh giá mức độ nặng và trung bình theo bảng đánh giá triệu chứng lâm sàng của Priyanka Sharma (2019)[7] dựa trên triệu chứng ngứa, đỏ da, vảy da.

Bảng 1. Đánh giá triệu chứng lâm sàng theo Priyanka Sharma (2019)[7]

Điểm	Ngứa	Đỏ da	Vảy da
0	Không ngứa	Không đỏ da	Không vảy
1	Ngứa ít	Đỏ da ít	Vảy da ít
2	Ngứa vừa	Đỏ da vừa	Vảy da vừa
3	Rất ngứa	Rất đỏ da	Rất nhiều vảy da

Đánh giá mức độ bệnh như sau:

- Mức độ nhẹ: 0 - 3 điểm.
- Mức độ trung bình: 4 - 6 điểm.
- Mức độ nặng: 7 - 9 điểm.

Xử lý số liệu

Các tính toán sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Các biến rời rạc được mô tả bằng tần suất, tỷ lệ %. Các biến liên tục được mô tả bằng giá trị trung bình. Các test thống kê được sử dụng là kiểm định t-test, test chính xác Fisher (Fisher exact test), test $\chi 2$. Sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu có ý nghĩa thống kê nếu $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

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 89/HĐĐĐ-BVDLTW, ngày 01 tháng 9 năm 2022. Tất cả người bệnh đều được giải thích về quy trình, mục tiêu nghiên cứu và ký vào bản chấp thuận tham gia nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

Bảng 2. Đặc điểm chung của các bệnh nhân tham gia nghiên cứu (N = 299)

Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
Giới		
Nam	176	58,8
Nữ	123	41,2
Tuổi trung bình	39,3 ± 14,7	
Nhóm tuổi		
18 - 19 tuổi	6	2
20 - 29 tuổi	85	28,4
30 - 39 tuổi	68	26,7
40 - 49 tuổi	61	20,4
50 - 59 tuổi	46	16,4
Trên 60 tuổi	33	6,1
Nghề nghiệp		
Nông dân	68	22,7
Công nhân	108	36,1
Học sinh, sinh viên	28	9,3
Nhân viên văn phòng	41	13,7
Khác	54	18,2
Địa dư		
Nông thôn	184	61,6
Thành thị	115	38,4

Trong số 299 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 176 nam và 123 nữ. Tỷ lệ nam/nữ là 1,43/1. Tuổi trung bình của các bệnh nhân là 39,3 ± 14,7; trong đó thấp nhất là 18, cao nhất là 80. Bệnh gặp chủ yếu ở hai đối tượng là công nhân (36,1%) và nông dân (22,7%). Tỷ lệ người bệnh ở nông thôn cao hơn ở thành thị (61,8% so với 38,4%).

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo mức độ bệnh (N = 299)

Mức độ bệnh	n	Tỷ lệ (%)
Nhẹ	0	0,0
Trung bình	244	81,6
Nặng	55	18,4

Mức độ trung bình chiếm chủ yếu (244 bệnh nhân;81,6%); mức độ nặng chỉ chiếm 18,4% (55 bệnh nhân); không có bệnh nhân mức độ nhẹ.

Bảng 3. Đặc điểm tổn thương cơ bản và triệu chứng cơ năng (N = 299)

Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
Trung tâm tổn thương		
Lành	158	52,8
Không lành	141	47,2
Mức độ lan tỏa		
Khu trú	116	38,8
Rải rác	183	61,2
Ranh giới tổn thương		
Rõ	134	44,8
Không rõ	165	55,2
Bờ viền		
Liên tục	136	45,5
Đứt đoạn	163	53,5
Mụn nước bờ viền		
Có	101	33,8
Không	198	69,2
Tổn thương cơ bản		
Vảy da	296	99,0
Dát đỏ	239	79,9
Mụn nước	98	32,8
Hình dạng tổn thương điển hình		
Đa giác	55	18,4
Tròn đồng tâm	180	60,2
Dạng cung	48	16,1
Oval	37	12,4
Tính chất bệnh		
Tái phát	158	52,8
Bệnh lần đầu	141	47,2

Tỷ lệ tổn thương có trung tâm lành, tổn thương khu trú, ranh giới rõ, bờ viền liên tục, có mụn nước bờ viền lần lượt chiếm 52,8%; 38,8%; 44,8%; 45,5%, 33,8%. Tổn thương thường gặp là vảy da (99,0%) và dát đỏ (79,9%). Hình dạng tổn thương điển hình chiếm tỷ lệ cao nhất là đồng tâm (60,2%). Tỷ lệ bệnh nhân bị bệnh lần đầu là 47,2%; tỷ lệ bị tái phát là 52,8%.

Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến bệnh nấm da thân (N = 299)

Yếu tố liên quan	n	Tỷ lệ (%)
Mùa nặng bệnh		
Xuân	73	24,4
Hạ	164	54,8
Thu	50	16,8
Đông	12	4,0
Yếu tố nguy cơ tiếp xúc		
Không có nguy cơ	118	39,5
Mặc chung (quần áo, khăn tất)	47	15,7
Tiếp xúc với đất	65	21,7
Tiếp xúc với động vật	58	19,4
Sống tập thể đông người	105	35,1
Thói quen hàng ngày		
Không	46	15,4
Thường xuyên đi giày	73	24,4
Thường xuyên tiếp xúc với nước	65	21,7
Thường xuyên mặc quần áo ẩm	108	36,1
Thường xuyên tắm xà phòng	186	62,2
Tần xuất là quần áo trước khi mặc		
Luôn luôn	0	0,0
Thỉnh thoảng	68	22,7
Không	231	77,3
Phơi quần áo dưới ánh sáng mặt trời		
Luôn luôn	0	0,0
Thỉnh thoảng	256	85,6
Không	43	14,4

Các yếu tố chiếm tỷ lệ cao là mùa hè (54,8%), sống tập thể đông người (35,1%), thường xuyên mặc quần áo ẩm (36,1%), thường xuyên tắm xà phòng (62,2%), không là quần áo trước khi mặc (77,3%), và ít hoặc không phơi quần áo dưới ánh sáng mặt trời (85,6%).

Bảng 5. Mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh và mức độ bệnh

Mức độ bệnh / Thời gian	Trung bình	Nặng	OR 95% CI p
≤ 6 tháng (74 bệnh nhân)	69 (93,2%)	5 (6,8%)	3,94 1,50 - 10,30 0,0029
> 6 tháng (225 bệnh nhân)	175 (77,8%)	50 (22,2%)	

Tỷ lệ bệnh nhân có mức độ bệnh nặng cao hơn ở nhóm có thời gian mắc bệnh trên 6 tháng (22,2%) so với nhóm dưới 6 tháng (6,8%) với p < 0,01. Khả năng bị bệnh mức độ nặng tăng gấp 3,94 lần ở nhóm mắc bệnh trên 6 tháng so với nhóm mắc bệnh dưới 6 tháng, với 95% CI là 1,50 - 10,30.

Bảng 6. Mối liên quan giữa tính chất mắc bệnh và mức độ bệnh

Mức độ bệnh / Tính chất	Trung bình	Nặng	OR 95% CI p
Điều trị mới (150 bệnh nhân)	134 (89,3%)	16 (10,7%)	2,96
Tái phát (149 bệnh nhân)	110 (73,8%)	39 (26,2%)	1,57 - 5,59 0,0008

Tỷ lệ bệnh nhân có mức độ bệnh nặng cao hơn ở nhóm tái phát (26,2%) so với nhóm điều trị mới là (10,7%) với p < 0,001. Khả năng bị bệnh mức độ nặng tăng gấp 2,96 lần ở nhóm tái phát so với nhóm điều trị mới với 95% CI là 1,57 - 5,59.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 299 người bị bệnh nấm da thân tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 8/2022 đến tháng 8/2023. Các bệnh nhân được chẩn đoán nấm da thân theo bệnh học da liễu dựa trên các đặc điểm về lâm sàng: Tổn thương da dát đỏ hoặc mảng đỏ, hình tròn, đa cung, kèm vảy da, mụn nước hoặc mụn mủ vùng rìa. Trung tâm xu hướng lành, có thể kèm theo ngứa ở thân mình và xét nghiệm soi tươi thấy hình ảnh sợi nấm chia đốt phân nhánh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nam gặp nhiều hơn ở nữ với tỷ lệ nam/nữ là 1,43/1. Điều này có thể được giải thích là do nam giới hiện tại đã giữ gìn vệ sinh và chăm sóc da tốt hơn. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nibedita Patro tại Ấn Độ năm 2019, có 156 nữ và 138 nam bị bệnh nấm (n = 294)[8].

Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 39,3 ± 14,7, trong đó thấp nhất là 18, cao nhất là 80. Trên thế giới, nghiên cứu của Nibedita Patro có 255 người bệnh trong độ tuổi 18 - 40 (86,73%) và 39 người bệnh

trong độ tuổi 41 - 60 (13,27%)[8], hay một nghiên cứu khác của Rekha Sharma và cộng sự (2017) cho thấy số lượng ca bệnh tối đa được phát hiện ở độ tuổi 16 - 30 tuổi (55,2%) và 31 - 45 tuổi (28,1%)[9]. Sự tương đồng này có thể do đây là độ tuổi lao động chính, tiếp xúc với nhiều yếu tố nguy cơ nên dễ mắc bệnh hơn.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi chủ yếu tập trung nghiên cứu các đặc điểm của nhóm người bệnh mức độ trung bình và nặng dựa theo đánh giá lâm sàng của Priyanka Sharma (2019)[7], có 244 người bệnh mức độ trung bình, chiếm 81,6% và 55 người bệnh mức độ nặng, chiếm 18,4%. Bảng 3 cho thấy tỷ lệ gặp hình dạng tổn thương tròn đồng tâm là 60,2%. Các tác giả đều cho rằng có nhiều thể khác nhau phụ thuộc vào mức độ viêm, tác nhân gây bệnh và đáp ứng miễn dịch của cơ thể. Nấm da thân tạo ra các tổn thương ngứa, gây mất thẩm mỹ và là nguyên nhân chính để bệnh nhân đi khám bệnh.

Để chẩn đoán bệnh nấm da thân, bên cạnh kết quả soi tươi nấm dương tính, đặc điểm lâm sàng cũng rất quan trọng. Theo Pathania và cộng sự (2018), các tổn thương bị viêm gặp ở 121 bệnh nhân (80,6%), số còn lại là tổn thương khô và không viêm, tổn thương dạng vòng gặp ở 134 bệnh nhân (89,3%)[10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tổn thương lành tính, khu trú, ranh giới rõ, bờ viền liên tục, có mụn nước bờ viền và tái phát lần lượt là 52,8%; 38,8%; 44,8%; 45,5%, 33,8%, 52,8%. Thương tổn cơ bản của nấm da thân đa số mang các đặc điểm điển hình như đỏ da, bong vảy, ranh giới liên tục, giới hạn rõ, trung tâm lành, kèm theo các sẩn ở ngoại vi và ngứa.

Bảng 4 cho thấy các yếu tố liên quan hay gặp, làm bệnh xuất hiện hoặc trở nặng là mùa hè (54,8%), sống tập thể (35,1%), thường xuyên mặc quần áo ẩm (36,1%), thường xuyên tắm xà phòng (62,2%), không là quần áo trước khi mặc (77,3%), và ít hoặc không phơi quần áo dưới ánh sáng mặt trời (85,6%). Tỷ lệ mắc bệnh tăng trong mùa hè cho thấy điều kiện khí hậu nhiệt đới nóng ẩm trong mùa này có thể tạo môi trường thích hợp cho sự phát triển và lây lan của nấm. Sống trong môi trường đông người hoặc tập thể có thể gia tăng nguy cơ lây lan bệnh do tiếp xúc trực tiếp với người khác và qua các vật dụng trung gian. Mặc quần áo ẩm thường xuyên có thể tạo môi trường ẩm ướt, thúc đẩy sự phát triển của nấm. Độ ẩm cung cấp điều kiện lý tưởng để nấm phát triển. Việc sử dụng xà phòng thường xuyên, đặc biệt là khi không lau khô kỹ sau tắm, có thể làm thay đổi sự cân bằng vi sinh vật của da, làm cho da dễ bị nhiễm nấm hơn. Mặc quần áo chưa được thay đổi và làm sạch một cách đúng cách có thể đưa sợi nấm vào da, làm tăng nguy cơ mắc bệnh. Ánh sáng mặt trời có tính kháng nấm tự nhiên, việc ít tiếp xúc với ánh sáng mặt trời có thể ngăn ngừa quá trình loại bỏ tự nhiên các sợi nấm trên quần áo và da. Đặc biệt, các nghiên cứu trên thế giới về bệnh nấm da thân chủ yếu ở các nước đang phát triển như Việt Nam, Iran, Ấn Độ[9,10]. Các nghiên cứu này đã chứng minh vai trò quan trọng của yếu tố môi trường, tiếp xúc và thói quen vệ sinh cá nhân trong việc tăng khả năng mắc bệnh nấm da thân. Các kết quả từ các nghiên cứu này có thể cung cấp thông tin quý báu để phát triển các biện pháp ngăn ngừa và kiểm soát bệnh nấm da thân hiệu quả hơn.

Bảng 5 cho ta thấy thời gian mắc bệnh trung bình là 8,75 ± 2,06 tháng, trong đó gặp chủ yếu là mắc bệnh trên 6 tháng (225 người; 72,25%). Kết quả của chúng tôi cũng tương đương nghiên cứu của Pathania (2018) với các triệu chứng đã tồn tại hơn một năm gặp ở 57 người bệnh (38%), từ 6 - 12 tháng gặp ở 38 người bệnh (25%) và dưới 6 tháng gặp ở 55 người bệnh (37%)[10]. Kết quả của

chúng tôi có thể do Bệnh viện Da liễu Trung ương là tuyến điều trị cao nhất của cả nước, chủ yếu gặp người bệnh mức độ trung bình và nặng. Ngoài ra, có thể do người bệnh đã đi điều trị ở các cơ sở y tế khác hoặc tự điều trị mà không đỡ. Kết quả này có một chút khác biệt so với nghiên cứu của Nibedita Patro tại Ấn Độ năm 2019, thời gian bị bệnh dưới 6 tháng gặp ở 174 người bệnh (59,18%) và trên 6 tháng gặp ở 120 người bệnh (40,82%)[8]. Nguyên nhân có thể do sự khác nhau về đặc điểm quần thể nghiên cứu, tính chất địa lý và chủng tộc.

Bảng 5 và 6 còn cho thấy tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh mức độ nặng cao hơn ở nhóm mắc bệnh trên 6 tháng (22,2%) và ở nhóm tái phát (26,2%) so với nhóm dưới 6 tháng (6,8%) và nhóm điều trị mới (10,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ và $p < 0,001$, tương ứng. Điều này cho thấy có mối liên quan chặt chẽ giữa mức độ nặng của bệnh với thời gian bị bệnh cũng như khả năng tái phát của bệnh. Nhóm người bệnh mức độ nặng thường nhiễm bệnh trong thời gian dài, thường hay tái phát. Nguyên nhân có thể do vị trí bị nấm ở vùng kín, có quần áo che chắn, người bệnh chủ quan, ngại đi khám, hoặc tự ý điều trị theo phương pháp dân gian như tắm lá, tự mua thuốc. Điều này có thể làm bệnh khó điều trị cũng như tăng khả năng lây lan trên diện rộng.

Một trong những hạn chế của nghiên cứu là vì thời gian và nguồn lực trong nghiên cứu, nên trong thiết kế của nghiên cứu này không có nhóm đối chứng, cũng như chỉ xác định mức độ của yếu tố liên quan một cách tương đối với mức độ nặng của bệnh.

5. KẾT LUẬN

Trong bệnh nấm da thân mức độ trung bình và nặng, tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn bệnh nhân nữ. Tuổi trung bình của các bệnh nhân là 39,3 ± 14,7 trong đó thấp nhất là 18, cao nhất là 80. Bệnh nấm da thân có tổn thương lâm sàng đa dạng, mức độ bệnh từ trung bình tới nặng. Các yếu tố có liên quan tới bệnh là mùa hè, sống tập thể, mặc quần áo ẩm, không phơi quần áo dưới ánh sáng mặt trời. Mức độ bệnh nặng có liên quan với thời gian bị bệnh và sự tái phát.

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. Mochizuki T, Tsuboi R, Iozumi K, et al. Guidelines for the management of dermatomycosis (2019). *J Dermatol*. 2020;47(12):1343-1373. doi:10.1111/1346-8138.15618.

2. Heckler I, Sabalza M, Bojmehrani A, Venkataraman I, Thompson C. The need for fast and accurate detection of dermatomycosis. *Med Mycol*. 2023;61(5):myad037. doi:10.1093/mmy/myad037.

3. Leung AK, Lam JM, Leong KF, Hon KL. Tinea corporis: an updated review. *Drugs Context*. 2020;9:2020-5-6. doi:10.7573/dic.2020-5-6.

4. Lakshmanan A, Ganeshkumar P, Mohan SR, Hemamalini M, Madhavan R. Epidemiological and clinical pattern of dermatomycoses in rural India. *Indian J Med Microbiol*. 2015;33 Suppl:134-136. doi:10.4103/0255-0857.150922.

5. Havlickova B, Czaika VA, Friedrich M. Epidemiological trends in skin mycoses worldwide [published correction appears in Mycoses. 2009 Jan;52(1):95]. *Mycoses*. 2008;51 Suppl 4:2-15. doi:10.1111/j.1439-0507.2008.01606.x

6. Gnat S, Łagowski D, Nowakiewicz A. Genetic Predisposition and its Heredity in the Context of Increased Prevalence

of Dermatophytoses. *Mycopathologia*. 2021;186(2):163-176. doi:10.1007/s11046-021-00529-1.

7. Sharma P, Bhalla M, Thami GP, Chander J. Evaluation of efficacy and safety of oral terbinafine and itraconazole combination therapy in the management of dermatophytosis. *J Dermatolog Treat*. 2020;31(7):749-753. doi:10.1080/09546634.2019.1612835.

8. Patro N, Panda M, Jena AK. The Menace of Superficial Dermatophytosis on the Quality of Life of Patients Attending Referral Hospital in Eastern India: A Cross-sectional Observational Study. *Indian Dermatol Online J*. 2019;10(3):262-266. doi:10.4103/idoj.IDOJ_342_18.

9. Sharma R, Adhikari L, Sharma RL. Recurrent dermatophytosis: A rising problem in Sikkim, a Himalayan state of India. *Indian J Pathol Microbiol*. 2017;60(4):541-545. doi:10.4103/IJPM.IJPM_831_16.

10. Pathania S, Rudramurthy SM, Narang T, Saikia UN, Dogra S. A prospective study of the epidemiological and clinical patterns of recurrent dermatophytosis at a tertiary care hospital in India. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2018;84(6):678-684. doi:10.4103/ijdvl.IJDVL_645_17.

SUMMARY

Original research

CLINICAL CHARACTERISTICS AND SOME RELATED FACTORS OF TINEA CORPORIS

Vu Thi Mui[1], Tran Thi Huyen[1,2], Le Huu Doanh[1,2], and Pham Thi Minh Phuong[2,*]

ABSTRACT

Objectives: Describe clinical characteristics and analyze related factors of moderate to severe tinea corporis.

Materials and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 299 patients diagnosed with tinea corporis at the National Hospital of Dermatology and Venereology from August 2022 to August 2023. Patient histories and medical records were gathered, and clinical examinations were performed to assess various clinical characteristics and related factors.

Results: Among the 299 patients, there were 176 males and 123 females, with a male-to-female ratio of 1.43. The average age was 39.3 ± 14.7 years, ranging from 18 to 80 years. The average duration of tinea corporis was 8.6 ± 2.1 months, predominantly exceeding 6 months (74.9%). Regarding severity, 81.6% had moderate tinea corporis, and 18.4% had severe cases. Common characteristics included lesions with a normal center (52.8%), localized sites (38.8%), well-defined borders (44.8%), continuous margins (45.5%), vesicular borders (33.8%), and a relapse rate of 52.8%. Commonly encountered lesions included scales (99.0%) and erythematous patches (79.9%), with the most prevalent lesion pattern being concentric (60.2%). Related factors included the summer season (54.8%), communal living (35.1%), use of damp clothing (36.1%), bathing with soap (62.2%), failure to change clothes before wearing (77.3%), and limited sun exposure to clothes (85.6%). The proportion of severe cases was higher among patients with an illness duration exceeding 6 months (22.2%) compared to those with an illness duration under 6 months (6.8%), with a p-value < 0.01. Similarly, in the relapse group, the proportion of severe cases was higher (26.2%) compared to the newly treated group (10.7%), with a p-value < 0.001.

Conclusions: Tinea corporis exhibits a wide range of clinical lesions, varying from mild to severe levels. Related factors include the summer season, communal living, use of damp clothing, and limited sun exposure to clothes. Severity correlates with the duration of tinea corporis and relapse.

Keywords: *Tinea corporis, clinical characteristics, dermatophytes, related factors.*

[1] *Hanoi Medical University*

[2] *National hospital of Dermatology and Vereneology*

[*] *Correspondence: Email: phuongphamdv@gmail.com*