

# MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA BỆNH SẴN CỤC TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG

Trần Lê Linh Trang<sup>1</sup>, Phạm Thị Minh Phương<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Hà Vinh<sup>1,2</sup>, Lê Hữu Doanh<sup>1,2</sup>, và Trần Thị Huyền<sup>1,2\*</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và phân tích các yếu tố liên quan của bệnh sẩn cục.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 109 người bệnh được chẩn đoán sẩn cục tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 9/2022 đến tháng 5/2023. 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:** Tuổi trung bình của người bệnh là  $41,5 \pm 19,0$  tuổi; trong đó, thấp nhất là 4 tuổi và cao nhất là 85 tuổi; nhóm tuổi từ 40 - 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (41,3%). Tỷ lệ nam giới (58,7%) cao hơn nữ giới (41,3%). Thời gian mắc bệnh trung bình là  $17,5 \pm 32,9$  tháng. Các loại thương tổn thường gặp nhất là cục (100%), sẩn (93,6%), dát tăng sắc tố (89,0%), vảy tiết (88,1%). Vị trí phân bố thường gặp nhất là chi thể (45,9%), kết hợp giữa chi thể và thân mình (36,7%). Phần lớn người bệnh (69,8%) có mức độ thương tổn trung bình, với số lượng sẩn, cục từ 20 - 100; mức độ hoạt động bệnh trung bình chiếm 57,8%. Đa số người bệnh (74,2%) có mức độ ngứa nhiều và rất nhiều, 39,5% người bệnh bị ảnh hưởng tới giấc ngủ, đặc biệt ở những người cao tuổi. Có mối tương quan đồng biến giữa tuổi và mức độ ngứa. Viêm da cơ địa và rối loạn tâm thần (stress) là hai bệnh đồng mắc hay gặp nhất với sẩn cục, lần lượt chiếm 20,2% và 7,3%.

**Kết luận:** Bệnh sẩn cục có diễn biến dai dẳng, lâm sàng đa dạng, ảnh hưởng lớn tới chất lượng cuộc sống, giấc ngủ, đặc biệt là ở nhóm người bệnh lớn tuổi. Có mối tương quan đồng biến giữa tuổi và mức độ ngứa. Viêm da cơ địa và rối loạn tâm thần là hai bệnh đồng mắc hay gặp nhất với sẩn cục.

**Từ khóa:** Ngứa, rối loạn tâm thần, sẩn cục, sẩn ngứa, viêm da cơ địa.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sẩn cục là một bệnh viêm da mạn tính với thương tổn đặc trưng là các sẩn hoặc cục chắc, đứng riêng rẽ, thường phân bố đối xứng hai bên; vị trí hay gặp là chi thể và thân mình.<sup>1-3</sup> Tỷ lệ mắc cao và có xu hướng gia tăng, chiếm khoảng 30 - 45% mặt bệnh da liễu tại các phòng khám chuyên khoa. Bệnh gây ngứa nhiều và dai dẳng, làm suy

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Da liễu Trung ương

\*Tác giả liên hệ: Email: drhuyentran@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/6/2023

Ngày phản biện: 18/7/2023

Ngày chấp nhận đăng: 25/12/2023

DOI:10.56320/tcdlhhvn.45.180



giảm chất lượng giấc ngủ, chất lượng cuộc sống của người bệnh. Thương tổn xuất hiện chủ yếu ở vùng da hở gây ảnh hưởng tới thẩm mỹ, sự tự tin, công việc và các hoạt động xã hội.<sup>3</sup> Bệnh có thể gặp ở tất cả mọi lứa tuổi, nhất là ở người trung niên và người lớn tuổi.<sup>1,2</sup>

Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh của sẩn cục hiện nay vẫn chưa được biết một cách rõ ràng. Đã có những nghiên cứu mô tả về tỷ lệ mắc cũng như mức độ liên quan của một số bệnh lý đồng mắc với sẩn cục ở một số nhóm người bệnh nhất định.<sup>4,5</sup> Bệnh lý da liễu đồng mắc thường gặp nhất là viêm da cơ địa.<sup>6</sup> Bệnh lý toàn thân liên quan đến sẩn cục có thể gặp là đái tháo đường type 2, bệnh lý tuyến giáp, rối loạn tâm thần, đặc biệt là trầm cảm và rối loạn lo âu.<sup>7,8</sup> Các trường hợp không tìm thấy nguyên nhân hay bệnh lý nền được xem như sẩn cục vô căn.<sup>9</sup> Hai yếu tố có liên quan và tương tác chặt chẽ trong sẩn cục là rối loạn miễn dịch và yếu tố thần kinh tại chỗ, chúng đóng vai trò trung tâm trong sinh bệnh học của bệnh.<sup>10</sup>

Bệnh sẩn cục có xu hướng dai dẳng, tái phát, ít và chậm đáp ứng điều trị. Trên thế giới, đã có nhiều nghiên cứu về bệnh sẩn cục và các yếu tố liên quan. Tuy nhiên, ở Việt Nam, các nghiên cứu về bệnh này còn ít. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu mô tả một số đặc điểm lâm sàng và phân tích các yếu tố liên quan của bệnh sẩn cục tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Có 109 người bệnh được chẩn đoán xác định là sẩn cục, đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 9/2022 đến 5/2023 tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn chẩn đoán dựa vào bệnh sử và đặc điểm lâm sàng.<sup>11</sup> Bệnh sử: Ngứa kéo dài trên 6 tuần, có thể liên tục hoặc thành

từng đợt.<sup>12</sup> Lâm sàng: Thương tổn đặc trưng của sẩn cục là các sẩn (kích thước dưới 1 cm), cục (1 - 2 cm), hoặc mảng dạng vòm (> 2 cm), đứng riêng rẽ, trên có vết xước hoặc vẩy tiết, thường phân bố đối xứng hai bên ở mặt duỗi của các chi và thân mình.<sup>6</sup> Thương tổn ở thân mình có “dấu hiệu cánh bướm”, vùng liên bản vai không có thương tổn trong khi hai bản vai thì có.<sup>11</sup> Số lượng từ vài đến hàng trăm thương tổn. Kích thước vài mm đến vài cm. Màu sắc có thể là màu da, màu đỏ, nâu hoặc xám.<sup>3,11</sup> Ngứa theo nhiều mức độ.

### Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh được chẩn đoán xác định là sẩn cục, bất kể độ tuổi nào.

### Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu, không có khả năng giao tiếp bình thường.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

### Thiết kế nghiên cứu

Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu. Chọn mẫu thuận tiện bao gồm những người bệnh sẩn cục đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 9/2022 đến tháng 5/2023.

### Quy trình nghiên cứu

Người bệnh được thu thập thông tin chung, tiền sử bệnh lý nội khoa và/hoặc bệnh lý da liễu, đặc điểm lâm sàng về thời gian mắc bệnh, thương tổn cơ bản (nguyên phát và/hoặc thứ phát), vị trí, mức độ ngứa theo thang điểm PNRS (Pruritus Numeric Rating Scale), cho điểm từ 0 đến 5<sup>9</sup> (Bảng 1), đánh giá mức độ thương tổn theo phân loại IGA-CPG stage (cho điểm từ 0 đến 4)<sup>13</sup> (Bảng 2) và đánh giá mức độ hoạt động bệnh theo IGA-CPG activity (cho điểm từ 0 đến 4)<sup>13</sup> (Bảng 3).

**Bảng 1. Đánh giá mức độ ngứa theo thang điểm PNRS (Pruritus Numeric Rating Scale)<sup>9</sup>**

Mức độ ngứa	Điểm
Không ngứa	0
Ngứa nhẹ, chủ yếu vào buổi tối	1
Ngứa nhẹ, cả ngày	2
Ngứa nhiều, chủ yếu buổi tối	3
Ngứa nhiều, chủ yếu buổi tối, ảnh hưởng giấc ngủ	4
Ngứa nhiều, cả ngày và đêm, ảnh hưởng giấc ngủ	5

**Bảng 2. Đánh giá mức độ thương tổn bệnh sẩn cục theo IGA-CPG stage (Investigator Global Assessment-chronic prurigo stage)<sup>13</sup>**

Mức độ	Đặc điểm	Số điểm
Sạch thương tổn	Không có thương tổn da nào	0
Gần sạch thương tổn	Số lượng thương tổn rất ít, hầu hết là thương tổn phẳng, số lượng dạng sẩn/cục có thể sờ thấy dưới 5 (khoảng từ 1 đến 5 thương tổn)	1
Nhẹ	Số lượng thương tổn ít, đa số là thương tổn phẳng, có ít dạng sẩn/cục có thể sờ thấy (khoảng từ 6 - 19 thương tổn)	2
Trung bình	Nhiều thương tổn, một số phẳng, có nhiều dạng sẩn/cục có thể sờ thấy (khoảng 20 - 100 thương tổn)	3
Nặng	Rất nhiều thương tổn, đa số dạng sẩn/cục có thể sờ thấy (trên 100 thương tổn)	4

**Bảng 3. Đánh giá mức độ hoạt động bệnh sẩn cục theo IGA-CPG activity (Investigator Global Assessment-chronic prurigo activity)<sup>13</sup>**

Mức độ	Đặc điểm	Số điểm
Không hoạt động	Không có thương tổn sẩn cục nào có vết trợt xước hoặc vảy tiết	0
Hoạt động ít	Có rất ít thương tổn sẩn cục có trợt xước hoặc vảy tiết (dưới 10% của tất cả các thương tổn)	1
Hoạt động nhẹ	Một số ít thương tổn sẩn cục có trợt xước hoặc vảy tiết (khoảng 11 - 25% của tất cả các thương tổn)	2
Hoạt động trung bình	Nhiều thương tổn sẩn cục có trợt xước hoặc vảy tiết (khoảng 26 - 75% của tất cả các thương tổn)	3
Hoạt động mạnh	Rất nhiều thương tổn sẩn cục có trợt xước hoặc vảy tiết (khoảng 76 - 100% của tất cả các thương tổn)	4



**Xử lý số liệu**

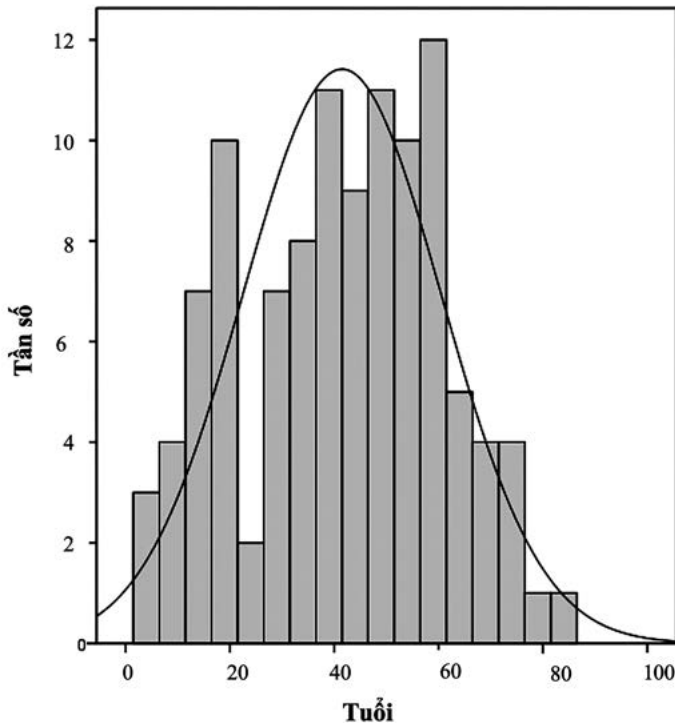
Xử lý số liệu theo phần mềm SPSS 20.0. Các biến số được thể hiện dưới dạng trung bình, độ lệch, giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất, tỷ lệ phần trăm, tần số. Các test thống kê được sử dụng để so sánh hai trung bình: t-test cho các biến có phân bố chuẩn, test phi tham số (Mann-Whitney U) cho các biến không có phân bố chuẩn. Test  $\chi^2$  dùng để so sánh hai tỷ lệ. Test Pearson dùng để kiểm định mối tương quan giữa hai biến định lượng hoặc test ANOVA (so sánh từ 3 biến định lượng trở lên). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

**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 87/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**

**3.1. Đặc điểm lâm sàng bệnh sản cục**



**Biểu đồ 1. Phân bố người bệnh sản cục theo nhóm tuổi (n = 109)**

Tuổi trung bình của người bệnh là  $41,5 \pm 19,0$  tuổi. Trong đó, tuổi thấp nhất là 4 tuổi, cao nhất là 85 tuổi, nhóm tuổi từ 40 - 60 có tỷ lệ cao nhất (45 người, chiếm 41,3%) (Biểu đồ 1). Tuổi khởi phát bệnh trung bình là  $40,1 \pm 19,0$  tuổi. Có 64

người bệnh nam, chiếm 58,7% và 45 người bệnh nữ, chiếm 41,3%. Tỷ lệ nam : nữ = 1,4 : 1. Thời gian mắc bệnh trung bình trước khi đến khám là  $17,5 \pm 32,9$  tháng, chủ yếu từ 1 - 5 năm (54 người, chiếm 49,6%) và dưới 1 năm (53 người, chiếm 48,6%).

**Bảng 1. Đặc điểm loại và phân bố thương tổn (N = 109)**

Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
<b>Loại thương tổn</b>		
Sẩn	102	93,6
Cục	109	100,0
Mảng	12	11,0
Dát tăng sắc tố	97	89,0
Mụn nước	4	3,7
Vết trợt/loét	62	56,9
Vảy tiết	96	88,1
<b>Vị trí thương tổn</b>		
Đầu - mặt - cổ	3	2,7
Thân mình	3	2,7
Chi thể	50	45,9
Đầu - mặt - cổ và chi thể	4	3,7
Thân mình và chi thể	40	36,7
Toàn thân	9	8,3

Thương tổn dạng cục (có đường kính từ 1 - 2 cm) gặp ở 100% người bệnh, dạng sẩn (có đường kính dưới 1 cm) gặp ở 102 người bệnh (chiếm 93,6%), dạng mảng gặp ở 12 người bệnh (chiếm 11,0%). Các loại thương tổn khác bao gồm mụn nước, vết trợt/loét và thương tổn có vảy tiết, lần

lượt chiếm 3,7%, 56,9% và 88,1%. Thương tổn dát tăng sắc tố sau viêm chiếm 89,0%. Phân bố thương tổn da chủ yếu ở chi thể (45,9%) và ở thân mình kết hợp chi thể (36,7%). Có 9 người bệnh (chiếm 8,3%) có thương tổn da lan tỏa toàn thân (Bảng 1).

**Bảng 2. Đặc điểm về mức độ ngứa, mức độ thương tổn và mức độ hoạt động (N = 109)**

Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
<b>Mức độ ngứa</b>		
Không ngứa (PNRS: 0)	4	3,7
Ngứa nhẹ (PNRS: 1 - 2)	23	21,1
Ngứa nhiều (PNRS: 3 - 4)	72	66,0
Ngứa rất nhiều (PNRS: 5)	10	9,2



Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
<b>Mức độ thương tổn</b>		
Gần sạch thương tổn	8	7,3
Nhẹ	17	15,6
Trung bình	76	69,8
Nặng	8	7,3
<b>Mức độ hoạt động bệnh</b>		
Không hoạt động	12	11,0
Ít hoạt động	5	4,6
Hoạt động nhẹ	25	22,9
Hoạt động trung bình	63	57,8
Hoạt động mạnh	4	3,7
Tổng	109	100

Đa số người bệnh có mức độ thương tổn và mức độ hoạt động bệnh ở mức trung bình với tỷ lệ lần lượt là 69,8% (76 người) và 57,8% (63 người). Mức độ ngứa nhiều chiếm tỷ lệ cao nhất (72 người; 66,0%). Có 4 người bệnh không có triệu chứng ngứa, chiếm 3,7% (Bảng 2).

## 2.2. Một số yếu tố liên quan đến bệnh sản cục

**Bảng 3. Tương quan giữa tuổi với mức độ thương tổn, mức độ hoạt động bệnh và mức độ ngứa (N = 109)**

Đặc điểm	Tuổi	
	r	p
Mức độ thương tổn	0,064	> 0,05
Mức độ hoạt động bệnh	-0,045	> 0,05
Mức độ ngứa	0,192	< 0,05

Có mối tương quan đồng biến, mức độ yếu ( $r = 0,192$ ) giữa tuổi và mức độ ngứa, nhưng có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Không có sự tương quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi với mức độ thương tổn cũng như mức độ hoạt động bệnh ( $p > 0,05$ ) (Bảng 3).

**Bảng 4. Mối liên quan giữa tuổi và sự mất ngủ (N = 109)**

Mất ngủ	n	%	Tuổi trung bình ± SD)	p
Có	43	39,5%	47,7 ± 15,9	0,006
Không	66	60,5%	37,5 ± 19,9	
Tổng	109	100%	41,5 ± 19,0	

Tuổi trung bình của nhóm người bệnh sản cục có bị mất ngủ ( $47,7 \pm 15,9$  tuổi) cao hơn so với nhóm không bị mất ngủ ( $37,5 \pm 19,9$  tuổi), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,006$  (Bảng 4).

**Bảng 5. Mối liên quan giữa địa dư với mức độ thương tổn, mức độ hoạt động bệnh và mức độ ngứa (N = 109)**

Đặc điểm	Địa dư, n (%)		p
	Nông thôn	Thành thị	
<b>Mức độ thương tổn</b>			
Gần sạch thương tổn/nhẹ	13 (22,8%)	12 (23,1%)	> 0,05
Trung bình/nặng	44 (77,2%)	40 (76,9%)	
<b>Mức độ hoạt động bệnh</b>			
Không/ít/nhẹ	21 (36,8%)	21 (40,4%)	> 0,05
Trung bình/nặng	36 (63,2%)	31 (59,6%)	
<b>Mức độ ngứa</b>			
Không ngứa/ngứa nhẹ (PNRS = 0 - 2)	9 (15,8%)	18 (34,6%)	< 0,05
Ngứa nhiều/rất nhiều (PNRS = 3 - 5)	48 (84,2%)	34 (65,4%)	
Tổng	57 (100%)	52 (100%)	

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ bệnh và mức độ hoạt động bệnh giữa người bệnh ở nông thôn và thành thị, với  $p > 0,05$ . Nhóm người bệnh ở nông thôn có mức độ ngứa nhiều/rất nhiều cao hơn nhóm người bệnh ở thành thị (84,2% so với 65,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (Bảng 5).

**Bảng 6. Các bệnh da liễu và nội khoa phối hợp (N = 109)**

Nhóm bệnh	n	Tỷ lệ (%)
<b>Bệnh da liễu</b>		
Viêm da cơ địa	22	20,2
Côn trùng đốt	5	4,6
Mày đay	1	0,9
Nấm da	1	0,9
Viêm da tiếp xúc	1	0,9
Dày sừng nang lông	1	0,9
Không có bệnh da liễu khác	78	71,6
<b>Bệnh nội khoa</b>		
Rối loạn tâm thần (stress)	8	7,3
Đái tháo đường type 2	3	2,7
Bướu giáp đơn thuần	2	1,8
Nhiễm giun đũa chó mèo	2	1,8
Cường giáp	1	0,9
Suy tuyến giáp	1	0,9
Xuất huyết giảm tiểu cầu	1	0,9



Nhóm bệnh	n	Tỷ lệ (%)
Dị ứng lông chó	1	0,9
Không có bệnh nội khoa khác	90	82,8
<b>Tổng</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

Có 31 người bệnh có bệnh lý da liễu kèm theo, trong đó có 22 người bị viêm da cơ địa, chiếm tỷ lệ cao nhất (20,2%), 5 người bị côn trùng đốt, chiếm 4,6%. Ngoài ra, còn có các bệnh mày đay, nhiễm nấm da, viêm da tiếp xúc và dày sừng nang lông, đều chiếm 0,9%. Có 19 người bệnh (17,2%) có bệnh lý nội khoa kết hợp. Trong đó, rối loạn tâm thần (stress) có 8 người (chiếm 7,3%), đái tháo đường type 2 có 3 người (chiếm 2,7%), bệnh lý tuyến giáp có 4 người (chiếm 3,6%), bao gồm 2 người có bướu giáp đơn thuần, 1 người cường giáp và 1 người suy giáp (Bảng 6).

#### 4. BÀN LUẬN

Các nghiên cứu trên thế giới và ở Việt Nam cho thấy sản cục có thể gặp ở mọi lứa tuổi, tuy nhiên, thường gặp nhất là ở độ tuổi trung niên và người già. Theo nghiên cứu của Iking A và cộng sự trên 108 người bệnh sản cục, tuổi mắc bệnh trung bình là  $61,54 \pm 16,7$  tuổi.<sup>14</sup> Nghiên cứu của Boozalis E trên 909 người bệnh cho thấy ở các chủng tộc khác nhau, độ tuổi mắc bệnh đa số là từ 51-61 tuổi (chiếm 43-45%).<sup>15</sup> Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Nguyễn Quý Thái, độ tuổi mắc bệnh thường gặp là từ 45 tuổi trở lên (93,7%), trong đó độ tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (53,1%).<sup>4</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của các người bệnh sản cục là  $41,5 \pm 19,0$  tuổi và tuổi khởi phát bệnh trung bình là  $40,1 \pm 19,0$  tuổi. Người bệnh ở nhóm tuổi 40-60 chiếm tỷ lệ cao nhất (41,3%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu khác, độ tuổi thường gặp của sản cục là 40 - 60 tuổi. Không có mối liên quan có ý nghĩa

thống kê giữa độ tuổi và mức độ thương tổn cũng như mức độ hoạt động bệnh ( $p > 0,05$ ).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam giới là 58,7%, cao hơn so với nữ giới (41,3%), tỷ lệ nam : nữ là 1,4 : 1. Kết quả này phù hợp với nhận định của tác giả Woo YR, tỷ lệ nam giới là 56,8%, cao hơn so với nữ giới (43,2%).<sup>16</sup> Tác giả Nguyễn Quý Thái cũng có kết quả tương tự với tỷ lệ nam giới (71,9%) cao hơn so với nữ giới (28,1%).<sup>4</sup> Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác trên thế giới cho kết quả ngược lại với tỷ lệ nữ giới cao hơn so với nam giới. Trong nghiên cứu của Iking A, tỷ lệ nam giới và nữ giới lần lượt là 36,1% và 63,9%.<sup>14</sup> Nguyên nhân có thể do sự khác nhau về đặc điểm quần thể nghiên cứu, tính chất địa lý và chủng tộc.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian bị bệnh trung bình là  $17,5 \pm 32,9$  tháng. Đa số người bệnh có thời gian mắc bệnh  $\leq 5$  năm (48,6% mắc bệnh dưới 1 năm và 49,6% mắc bệnh từ 1 - 5 năm). Thương tổn cơ bản của sản cục bao gồm cục (100%), sản (93,6%), mảng (11,0%); các thương tổn khác ít gặp hơn, gồm mụn nước và thương tổn có vảy tiết. Tăng sắc tố sau viêm gặp ở 89,0%. Vị trí phân bố thương tổn chủ yếu là ở vùng chi thể và thân mình (chi thể chiếm 45,9%, thân mình kết hợp chi thể chiếm 36,7%); số người bệnh có thương tổn lan tỏa toàn thân chiếm 8,3%. Các đặc điểm lâm sàng trên cho thấy tính chất mạn tính, liên tục của bệnh khi có sự kết hợp của thương tổn cấp tính như mụn nước, vết loét/trợt hay vảy tiết và các thương tổn mạn tính như sản, cục hay tăng sắc tố sau viêm. Phân bố điển



hình của bệnh là ở mặt dưới của chi thể hoặc thân mình, thường là các vị trí dễ dàng cào gãi, tạo nên vòng xoắn bệnh lý trong cơ chế bệnh sinh bệnh sẵn cục.

Số lượng thương tổn cơ bản trên mỗi người bệnh sẵn cục rất khác nhau, tùy thuộc vào mức độ nặng, có thể ít với một vài sẵn hoặc nhiều với hàng trăm sẵn. Dựa vào số lượng thương tổn sẵn/cục của người bệnh, chúng tôi đánh giá mức độ nặng của bệnh theo phân độ IGA-CPG stage. Phần lớn người bệnh tham gia nghiên cứu có số lượng thương tổn sẵn/cục từ 20 - 100, tương ứng với mức độ trung bình (76 người, chiếm 69,8%). Có 8 người bệnh có số lượng thương tổn sẵn/cục trên 100, tương ứng với mức độ nặng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mức độ hoạt động của bệnh được đánh giá theo IGA-CPG activity với năm mức độ dựa theo số lượng các thương tổn cấp tính như vết trợt/loét hoặc vảy tiết. Phần lớn người bệnh có mức độ hoạt động bệnh ở mức nhẹ và trung bình, trong đó có 63 người bệnh có mức độ hoạt động bệnh trung bình, chiếm tỷ lệ cao nhất (57,8%) và 25 người bệnh có mức độ hoạt động bệnh nhẹ (22,9%). Có 12 người bệnh (chiếm 11,0%) có tình trạng bệnh không hoạt động (không có thương tổn trợt/loét hay vảy tiết). Việc đánh giá mức độ hoạt động của bệnh giúp bác sĩ lâm sàng có thể đưa ra phương pháp điều trị thích hợp nhằm hạn chế hình thành các thương tổn sẵn cục mới, dự phòng các biến chứng cũng như đánh giá hiệu quả điều trị.

Ngứa là một trong những triệu chứng quan trọng của bệnh sẵn cục, ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Ngoài cảm giác ngứa, người bệnh còn có các cảm giác khác như châm chích, rát bỏng.<sup>6</sup> Kết quả của chúng tôi cho thấy, có 82 người bệnh (74,2%) có mức độ ngứa nhiều và rất nhiều (PNRS 3-5 điểm), trong đó có

43 người bệnh (39,5%) bị ảnh hưởng tới giấc ngủ. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Pereira MP, có 71,1% người bệnh bị ngứa thường xuyên, trong đó có 41,5% bị ảnh hưởng tới giấc ngủ.<sup>17</sup>

Trong nghiên cứu của Pereira MP, thang điểm Numerical Rating Scale (NRS)<sup>18</sup> được sử dụng để đánh giá mức độ ngứa của người bệnh sẵn cục, kết quả cho thấy không có mối liên quan giữa mức độ ngứa với giới tính ( $p = 0,62$ ;  $n = 393$ ) và với độ tuổi ( $r = 0,02$ ;  $p = 0,67$ ;  $n = 386$ ).<sup>17</sup> Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có mối liên quan giữa mức độ ngứa và giới tính ( $p = 0,26$ ). Tuy nhiên, có mối tương quan đồng biến mức độ yếu giữa tuổi và mức độ ngứa ( $r = 0,192$ ,  $p = 0,045$ ), tuổi của người bệnh càng cao thì mức độ ngứa càng tăng. Đồng thời, nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tuổi trung bình của nhóm người bệnh có giấc ngủ bị ảnh hưởng cao hơn so với nhóm không bị ảnh hưởng ( $p = 0,006$ ). Kết quả này cho thấy bệnh có ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người lớn tuổi. Ngoài ra, nhóm người bệnh ở nông thôn có mức độ ngứa nhiều và rất nhiều (PNRS = 3 - 5 điểm) cao hơn so với nhóm người bệnh ở thành thị.

Các bệnh lý đồng mắc với sẵn cục bao gồm viêm da cơ địa, đái tháo đường type 2, bệnh lý tuyến giáp, rối loạn tâm thần (đặc biệt là trầm cảm và lo âu).<sup>14,19</sup> Nghiên cứu của Woo YR cho thấy có mối liên quan của nhiều bệnh lý nội khoa với sẵn cục như các bệnh lý tâm thần và thần kinh (sa sút trí tuệ, trầm cảm, rối loạn lo âu, stress), bệnh lý mạch máu (tăng huyết áp động mạch), viêm da cơ địa, viêm tuyến giáp tự miễn.<sup>16</sup> Nghiên cứu khác của Pereira MP thống kê một số bệnh đồng mắc thường gặp với sẵn cục. Trong đó, bệnh trầm cảm chiếm 18,1%, đái tháo đường 17,5%, viêm da cơ địa 33,1%; các bệnh lý về tim mạch, hô hấp, gan, thận hay các bệnh lý ác tính chiếm tỷ lệ ít hơn.<sup>17</sup>



Nghiên cứu của chúng tôi cũng gặp một tỷ lệ nhất định người bệnh có các bệnh lý đồng mắc. Trong các bệnh lý da liễu đồng mắc với sẩn cục thì viêm da cơ địa có tỷ lệ cao nhất (20,2%). Các bệnh lý nội khoa hay gặp là rối loạn tâm thần (stress), chiếm 7,3%, các bệnh liên quan đến tuyến giáp (bướu giáp, suy giáp, cường giáp) chiếm 3,6%, đái tháo đường type 2 chiếm 2,7%. Nghiên cứu của chúng tôi có số mặt bệnh đồng mắc với sẩn cục ít hơn so với các nghiên cứu khác, đồng thời tỷ lệ các bệnh đồng mắc thấp hơn. Nguyên nhân có thể do cỡ mẫu của chúng tôi còn nhỏ, phạm vi nghiên cứu còn hẹp. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu ban đầu đã gợi ý về sự liên quan giữa sẩn cục và một số bệnh lý như bệnh viêm da cơ địa, các rối loạn về tâm thần và thần kinh hay các bệnh lý về nội tiết và chuyển hóa. Đây cũng có thể là yếu tố gây khởi phát hay ảnh hưởng tới bệnh sẩn cục.

## 5. KẾT LUẬN

Bệnh sẩn cục hay gặp ở độ tuổi trung niên, nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới. Bệnh có thời gian tiến triển dài, liên tiếp, thương tổn mạn tính xen lẫn thương tổn cấp tính. Số lượng thương tổn nhiều, mức độ bệnh chủ yếu từ trung bình tới nặng, ngứa nhiều. Những người bệnh lớn tuổi có xu hướng ngứa nhiều và bị ảnh hưởng tới giấc ngủ nhiều hơn. Viêm da cơ địa là bệnh da liễu hay gặp nhất đồng mắc với sẩn cục.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Satoh T, Yokozeki H, Murota H, et al. 2020 guidelines for the diagnosis and treatment of prurigo. *J Dermatol*. 2021;48(9). doi:10.1111/1346-8138.16067.

2. Tsianakas A, Zeidler C, Ständer S. Prurigo Nodularis Management. In: Szepietowski J,

Weisshaar E, eds. *Current Problems in Dermatology*. Vol 50. S. Karger AG; 2016:94-101. Accessed June 14, 2022. <https://www.karger.com/Article/FullText/446049>. doi: 10.1159/000446049.

3. Williams KA, Roh YS, Brown I, et al. Pathophysiology, diagnosis, and pharmacological treatment of prurigo nodularis. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2021;14(1):67-77. doi: 10.1080/17512433.2021.1852080.

4. Nguyễn Quý Thái. Nghiên cứu mối liên quan giữa bệnh sẩn ngứa nội sinh và một số yếu tố chuyển hóa tại khoa da liễu bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên. *Da liễu học*. 2012:8-16.

5. Trần Hậu Khang. *Bệnh học da liễu*. Tập 1. Nhà xuất bản Y học; 2017.

6. Zeidler C, Yosipovitch G, Ständer S. Prurigo Nodularis and Its Management. *Dermatol Clin*. 2018;36(3):189-197. doi: 10.1016/j.det.2018.02.003.

7. Saraceno R, Chiricozzi A, Nisticò SP, Tiberti S, Chimenti S. An occlusive dressing containing betamethasone valerate 0.1% for the treatment of prurigo nodularis. *J Dermatol Treat*. 2010;21(6):363-366. doi: 10.3109/09546630903386606.

8. Spring P, Gschwind I, Gilliet M. Prurigo nodularis: retrospective study of 13 cases managed with methotrexate. *Clin Exp Dermatol*. 2014;39(4):468-473. doi: 10.1111/ced.12365

9. 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 JEADV*. 2018;32(3):437-440. doi: 10.1111/jdv.14646.

10. Bergqvist C, Fiani C, Simantov A, et al. Combined Methotrexate and Alitretinoin for the treatment of difficult-to-treat generalized

- prurigo nodularis: a case series. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV*. 2021;35(8):e516-e519. doi: 10.1111/jdv.17262.
11. Kwon CD, Khanna R, Williams KA, Kwatra MM, Kwatra SG. Diagnostic Workup and Evaluation of Patients with Prurigo Nodularis. *Medicines*. 2019;6(4):97. doi: 10.3390/medicines6040097.
12. Huang AH, Williams KA, Kwatra SG. Prurigo nodularis: Epidemiology and clinical features. *J Am Acad Dermatol*. 2020;83(6):1559-1565. doi: 10.1016/j.jaad.2020.04.183.
13. Zeidler C, Pereira MP, Augustin M, Spellman M, Ständer S. Investigator's Global Assessment of Chronic Prurigo: A New Instrument for Use in Clinical Trials. *Acta Derm Venereol*. 2021;101(2):adv00401. doi:10.2340/00015555-3701.
14. Iking A, Grundmann S, Chatzigeorgakidis E, Phan NQ, Klein D, Ständer S. Prurigo as a symptom of atopic and non-atopic diseases: aetiological survey in a consecutive cohort of 108 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV*. 2013;27(5):550-557. doi: 10.1111/j.1468-3083.2012.04481.x.
15. E B, O T, S P, et al. Ethnic differences and comorbidities of 909 prurigo nodularis patients. *J Am Acad Dermatol*. 2018;79(4). Accessed June 24, 2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29733939/>. doi: 10.1016/j.jaad.2018.04.047.
16. Woo YR, Wang S, Sohn KA, Kim HS. Epidemiology, Comorbidities, and Prescription Patterns of Korean Prurigo Nodularis Patients: A Multi-Institution Study. *J Clin Med*. 2021;11(1):95. doi:10.3390/jcm11010095 doi:10.3390/jcm11010095.
17. Pereira MP, Hoffmann V, Weisshaar E, et al. Chronic nodular prurigo: clinical profile and burden. A European cross-sectional study. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV*. 2020;34(10):2373-2383. doi: 10.1111/j.1365-2230.2006.02310.x.
18. Phan N, Blome C, Fritz F, et al. Assessment of Pruritus Intensity: Prospective Study on Validity and Reliability of the Visual Analogue Scale, Numerical Rating Scale and Verbal Rating Scale in 471 Patients with Chronic Pruritus. *Acta Derm Venereol*. 2012;92(5):502-507. doi:10.2340/00015555-1246.
19. Sm W, Dj G. Nodular prurigo: metabolic diseases are a common association. *Clin Exp Dermatol*. 2007;32(2). Accessed June 27, 2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17137473/> 10.1111/j.1365-2230.2006.02310.x. doi: 10.1111/j.1365-2230.2006.02310.x



## SUMMARY

*Original research*

### CLINICAL CHARACTERISTICS AND SOME RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH PRURIGO NODULARIS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENERELOGY

Tran Le Linh Trang<sup>1</sup>, Pham Thi Minh Phuong<sup>2</sup>, Nguyen Thi Ha Vinh<sup>1,2</sup>, Le Huu Doanh<sup>1,2</sup>, and Tran Thi Huyen<sup>1,2\*</sup>

---

#### ABSTRACT

**Objectives:** To investigate some clinical features and related factors of prurigo nodularis.

**Materials and methods:** This was a cross-sectional descriptive study on 109 patients diagnosed with prurigo nodularis at the National Hospital of Dermatology from September 2022 to May 2023. The patients were taken medical history and examined to assess clinical features and related factors.

**Results:** The mean age of the patients was  $41.5 \pm 19.0$  years old. Which, the youngest was 4 years old and the highest was 85 years old. The age group from 40-60 years old accounted for the highest percentage (45 patients; 41.3%). The rate of male patients (58.7%) was higher than that of female patients (41.3%). The mean duration of the disease was  $17.5 \pm 32.9$  months. The most common types of lesions included lumps (100%), papules (93.6%), hyperpigmented macules (89.0%), and crust (88.1%). The most common affected sites were on the extremities (45.9%) and the combination of the extremities and trunk (36.7%). The majority of patients had moderate disease with the number of papules and lumps from 20-100, accounting for 69.8%, and moderate disease activity, accounting for 57.8%. The percentage of patients with a severe degree of itching was the majority (82 patients, 74.2%); 39.5% of patients were affected by sleep, especially in elder patients. The comorbidities accounted for the highest proportion of atopic dermatitis (20.2%) and mental disorders (stress) (7.3%).

**Conclusions:** The prurigo nodularis has a persistent course, diverse clinical features, and has a great impact on the life quality, especially in the elderly group. There is a correlation between the age and the severity of itching. Atopic dermatitis and psychiatric disorders are the most common comorbidities of prurigo nodularis.

**Keywords:** Atopic dermatitis, itchy, prurigo, prurigo nodularis, psychiatric disorders.

---

<sup>1</sup>Hanoi Medical University

<sup>2</sup>National hospital of Dermatology and Vereneology

\* Correspondence: Email: drhuyentran@gmail.com