ĐẶC ĐIỂM CỦA BỆNH NHÂN NHẬP VIỆN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG

Bùi Thị Hiền[1], Phạm Thị Minh Phương[1], Đỗ Thị Thu Hiền[2], Lê Thế Vinh[2], Lê Hữu Doanh[1,2], và Nguyễn Thị Hà Vinh[1,2]*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích mô hình bệnh tật các bệnh nội trú da liễu và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

Đối tượng và phương pháp**:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu, lấy toàn bộ số liệu các bệnh nhân được điều trị nội trú tại Bệnh viện Da liễu Trung ương trong khoảng thời gian từ ngày 01/10/2022 đến ngày 30/9/2023.

Kết quả: Năm nhóm bệnh có tỷ lệ nhập viện cao nhất là nhóm bệnh đỏ da có sẩn, vảy (22,6%); viêm da chàm (19,4%); bệnh da tự miễn (10,5%); mày đay và hồng ban (9,0%); khối u da và ung thư da (6,5%). Tỷ lệ người bệnh đến nhập viện tập trung vào mùa hè, mùa thu và các tháng giữa năm (tháng 4, 5, 6, 7), giảm dần vào các tháng cuối năm và đầu năm (tháng 10, 11, 12, 1). Bệnh nhân đến từ vùng Đồng bằng sông Hồng là đông nhất, tiếp theo là các vùng Bắc Bộ (Đông Bắc Bộ, Bắc Trung Bộ, Tây Bắc Bộ), rất ít bệnh nhân đến từ khu vực phía Nam. Về giới tính, số lượng bệnh nhân nhập viện là nam giới chiếm ưu thế hơn. Về tổng thể, nhóm bệnh da không nhiễm trùng chiếm 79%, gấp gần 4 lần nhóm bệnh da nhiễm trùng (21%). Tình trạng bệnh khi ra viện chủ yếu là đỡ (72,1%), sau đó là không thay đổi tình trạng (14,3%), bệnh nhân khỏi hoàn toàn (12,1%), bệnh nhân chuyển viện (1%) và bệnh nhân có chuyển biến nặng hơn (0,4%).

Kết luận: Các nhóm bệnh nhập viện nhiều nhất là nhóm bệnh da không nhiễm trùng, cao nhất là nhóm bệnh đỏ da có sẩn vảy, theo sau là các nhóm viêm da chàm, bệnh da tự miễn, mày đay và hồng ban, khối u da và ung thư da. Tỷ lệ nhập viện điều trị cao vào mùa hè, nam giới chiếm số lượng cao hơn nữ giới. Không có bệnh nhân tử vong tại viện, số lượng bệnh nhân khỏi bệnh ít, bệnh nặng hơn rất ít, đa số là đỡ bệnh.

Từ khóa: *Bệnh nội trú da liễu, gánh nặng bệnh tật da liễu, ICD-10, mô hình bệnh tật.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mô hình bệnh tật là tỷ lệ phần trăm các nhóm bệnh, các bệnh, và tỷ lệ tử vong do bệnh của một quốc gia, một cộng đồng trong một giai đoạn nhất định, phản ánh tình hình sức khỏe, kinh tế - xã hội, đồng thời chịu ảnh hưởng của các chính sách y tế có liên quan của quốc gia hay cộng đồng đó. Mô hình

[1] Trường Đại học Y Hà Nội
[2]Bệnh viện Da liễu Trung ương
**Tác giả liên hệ: Email: havinhnguyen.derm@gmail.com*
Ngày nhận bài: 18/7/2024
Ngày phản biện: 08/9/2024
Ngày chấp nhận đăng: 09/10/2024
DOI:10.56320/tcdlhvn.47.217

này biến đổi theo thời gian, tình trạng phát triển kinh tế - xã hội cũng như vị trí địa lý. Trong nhiều thập niên gần đây, trên thế giới cũng như Việt Nam, mô hình bệnh tật có nhiều sự thay đổi.

Trên thế giới, bệnh về da đứng thứ tư trong các nguyên nhân hàng đầu gây ra gánh nặng bệnh tật không gây tử vong và rất phổ biến ở những bệnh nhân nhập viện.[1,2] Một phân tích hồi cứu được tiến hành trong 17 năm (2002 - 2018) trên những bệnh nhân được đưa vào đơn vị điều trị nội trú ở Ontario, Canada cho thấy có 161.358 bệnh nhân phải nhập viện với chẩn đoán ban đầu là các bệnh về da, trung bình hàng năm có 9.492 ca nhập viện. Tổng cộng, tỷ lệ các bệnh về da đã tăng từ 0,8% trong tổng số ca điều trị nội trú năm 2002 lên 1,0% vào năm 2018.[1,2]

Bên cạnh đó, nghiên cứu của Arnold (2019) ở Washington DC trong năm 2014 cho thấy có 644.320 ca nhập viện, chủ yếu do bệnh ngoài da ở người lớn, khiến hệ thống chăm sóc sức khỏe phải trả 5,04 tỷ đô la. Nhìn chung, cứ 8 người lớn nhập viện thì có 1 người mắc bệnh về da.[3] Như vậy, ngoài việc ảnh hưởng đến sức khỏe, tàn tật, tử vong, các bệnh điều trị nội trú da liễu còn gây ra gánh nặng tài chính lớn cho xã hội.

Ở nước ta, báo cáo hàng năm của Bộ Y tế cho thấy số lượng người bệnh khám và điều trị nội trú ngày một tăng dần, mô hình bệnh tật đang có sự thay đổi, các bệnh không lây nhiễm ngày một gia tăng, trong đó có các bệnh lý về da liễu.

Một dữ liệu cụ thể và toàn diện về mô hình các bệnh điều trị nội trú da liễu có thể giúp các nhà lãnh đạo, các nhà quản lý đưa ra những dự báo, những chiến lược phòng chống các bệnh điều trị nội trú da liễu,4,5 giảm bớt gánh nặng bệnh tật do các bệnh da liễu ở nước ta. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm phân tích mô hình bệnh tật trong thời gian một năm ở bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Có tất cả 6.437 số liệu các bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Da liễu Trung ương trong một năm (từ ngày 01/10/2022 đến ngày 30/9/2023) được thu thập trên phần mềm hệ thống quản lý y tế thông minh - Hispro.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Các số liệu có đầy đủ thông tin (tên, tuổi, giới tính, nghề nghiệp, địa chỉ, chẩn đoán, ngày nhập viện, ngày ra viện, số lần nằm viện, tình trạng ra viện, tổng số ngày nhập viện...).

Tiêu chuẩn loại trừ

Các số liệu thiếu thông tin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu, chọn mẫu toàn bộ. Nhóm nghiên cứu tiến hành lấy tất cả các số liệu. Các biến số về nhân khẩu học bao gồm: Tuổi, nhóm tuổi, giới (nam, nữ); trong đó nhóm tuổi được chia thành hai nhóm: Người lớn (> 15 tuổi) và trẻ em (≤ 15 tuổi). Các biến số về yếu tố liên quan bao gồm: Mùa, địa dư. Ở Việt Nam được chia thành 4 mùa theo thời tiết là: Mùa xuân (tháng 1, 2, 3), mùa hạ (tháng 4, 5, 6), mùa thu (tháng 7, 8, 9), mùa đông (tháng 10, 11, 12). Biến địa dư được chia thành 5 vùng: Vùng Tây Bắc Bộ, vùng Đông Bắc Bộ, Đồng bằng sông Hồng, vùng Bắc Trung Bộ và các vùng khác. Các biến số về chẩn đoán bệnh: chẩn đoán, nhóm bệnh, khoa. Những chẩn đoán bệnh của bệnh nhân theo mã ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision - Phân loại thống kê quốc tế về các bệnh tật và các vấn đề sức khỏe liên quan phiên bản thứ 10) sẽ được phân loại thành 23 nhóm bệnh như trong Phụ lục 1. Các biến số khác: Số lượt bệnh nhân đến khám, số lượt bệnh nhân nhập viện, tình trạng ra viện.

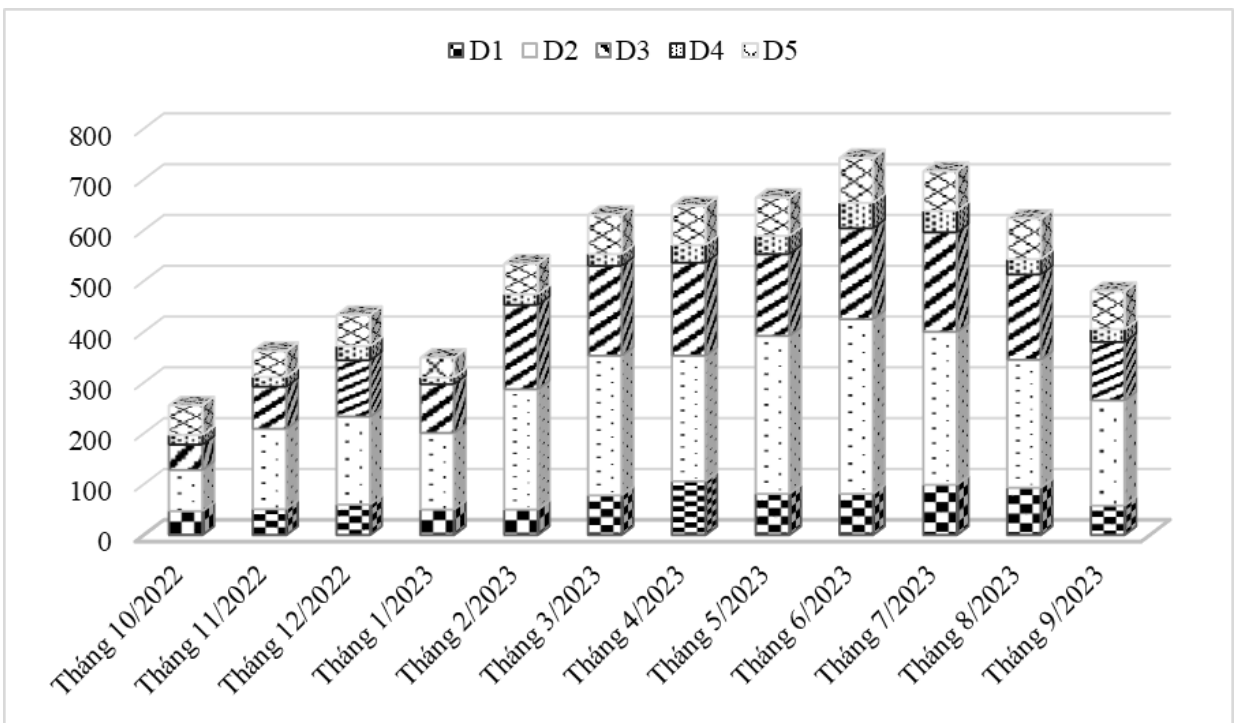
Các số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định tính được biểu hiện bằng %. Các biến định lượng được biểu hiện dưới dạng trung bình, độ lệch, phương sai, trung vị phù hợp.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Tất cả các thông tin bệnh nhân trong dữ liệu đều được giữ bí mật. Nghiên cứu viên đảm bảo thực hiện quy trình phù hợp với tuyên ngôn Helsinki về đạo đức trong nghiên cứu y sinh.

3. KẾT QUẢ

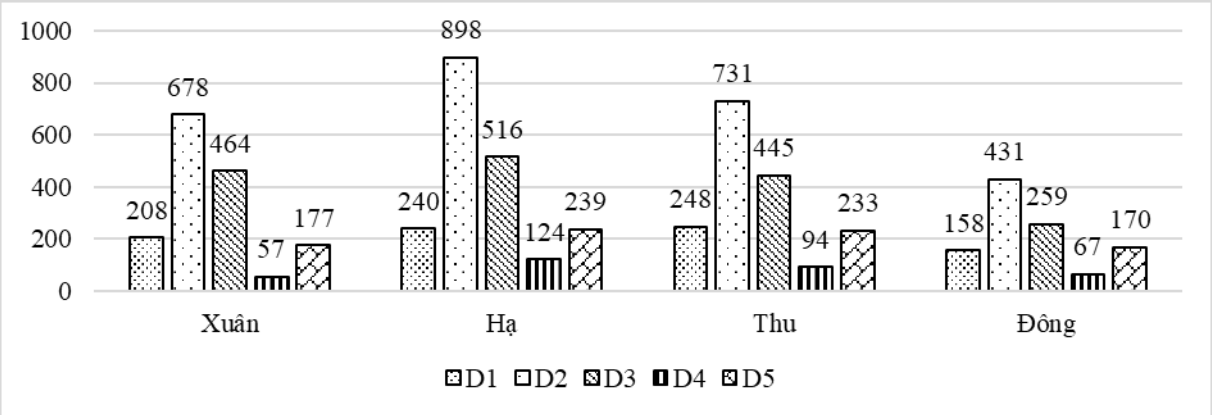
3.1. Đặc điểm bệnh nhân nội trú của từng khoa theo các tháng



Biểu đồ 1. Số liệu bệnh nhân nội trú của từng khoa theo các tháng

Tỷ lệ nhập viên cao nhất vào các tháng giữa năm (tháng 4, 5, 6, 7), ít nhất vào các tháng cuối năm và đầu năm (tháng 10, 11, 12, 1). Số bệnh nhân nhập viện nhiều nhất ở khoa D2 (Khoa *Đ*iều trị bệnh da phụ nữ và trẻ em), sau đó là tới khoa D3 (Khoa *Đ*iều trị bệnh da nam giới), ít nhất ở khoa D4 (Khoa laser và săn sóc da).

3.2. Số liệu bệnh nhân nhập viện theo mùa



Biểu đồ 2. Số liệu bệnh nhân nhập viện theo mùa

Mùa hạ có số lượt nhập viện cao nhất với 2.017 lượt bệnh nhân, tiếp sau đó là mùa thu (1.751) và mùa đông (1.584), mùa xuân có số lượt nhập viện thấp nhất (1.085).

3.3. Tỷ lệ bệnh nhân nhập viện theo nhóm tuổi và giới

Bảng 1. Tỷ lệ bệnh nhân nhập viện theo nhóm tuổi và giới

Giới tính	Nhóm tuổi				Tổng	
	≤ 15 tuổi		> 15 tuổi		n	%
	n	%	n	%		
Nam	811	12,6	2.606	40,5	3.417	53,1
Nữ	609	9,5	2.411	37,4	3.020	46,9
Tổng (%)	1.420	22,1	5.017	77,9	6.437	100

Trong vòng 1 năm có 6.437 bệnh nhân nhập viện, trong đó tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 53,1%, nữ chiếm 46,9%. Như vậy, tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn bệnh nhân nữ. Tỷ lệ bệnh nhân nhập viện trong độ tuổi ≤ 15 tuổi là 22,1%.

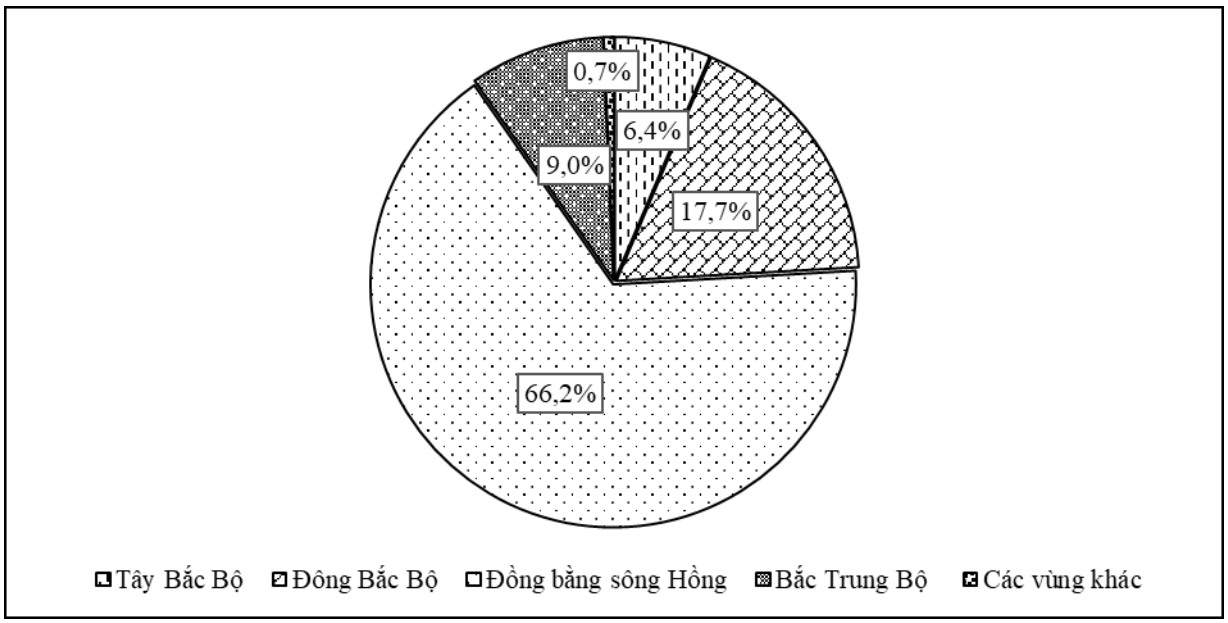
3.4. Tình trạng ra viện của bệnh nhân theo các khoa

Bảng 2. Tình trạng ra viện của bệnh nhân theo các khoa

Tình trạng ra viện	Khoa điều trị nội trú					Tổng
	D1	D2	D3	D4	D5	
Không đổi, n (%)	18 (0,3)	68 (1,1)	47 (0,7)	8 (0,1)	782 (12,1)	923 (14,3)
Đỡ, n (%)	398 (6,2)	2639 (41)	1571 (24,4)	15 (0,2)	19 (0,3)	4642 (72,1)
Khỏi, n (%)	426 (6,6)	3(0)	21 (0,3)	318 (4,9)	17 (0,3)	785 (12,1)
Chuyển viện, n (%)	12 (0,2)	24 (0,4)	28 (0,4)	0 (0)	0 (0)	64 (1)
Nặng hơn, n (%)	0 (0)	4 (0,1)	18 (0,3)	0 (0)	1 (0)	23 (0,4)

Đa số các bệnh nhân đỡ bệnh (72,1%), số lượng nhiều ở khoa D2 (41,0%) và D3 (24,4%); các bệnh nhân có tình trạng không đổi đứng thứ hai (14,3%), chủ yếu ở khoa D5 - Khoa Điều trị nội trú ban ngày (12,1%); các bệnh nhân khỏi bệnh (12,1%), ở khoa D1 (6,6%) và D4 (4,9%). Tỷ lệ thấp ở bệnh nhân chuyển viện (1%) và chuyển biến nặng hơn (0,4%).

3.5. Phân bố số liệu bệnh nhân nội trú theo địa dư



Biểu đồ 3. Phân bố số liệu bệnh nhân nội trú theo địa dư

Số lượng bệnh nhân ở vùng Đồng bằng sông Hồng là nhiều nhất (66,2%), sau đó là các vùng thuộc Đông Bắc Bộ (17,7%), Tây Bắc Bộ (6,4%), Bắc Trung Bộ (9,0%); các bệnh nhân đến từ khu vực phía Nam chiếm tỷ lệ rất ít (0,7%).

3.6. Phân bố mô hình bệnh điều trị nội trú theo các nhóm bệnh

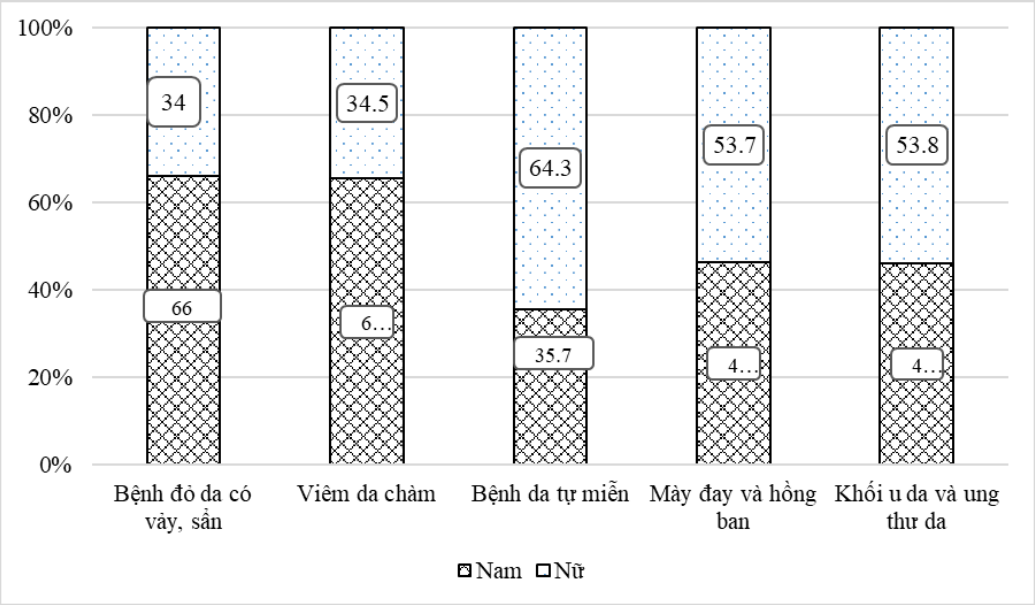
Bảng 3. Phân bố mô hình bệnh điều trị nội trú theo các nhóm bệnh

STT	Mã ICD-10	Tên nhóm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	L00-L08.9	Nhiễm khuẩn da và mô mềm	340	5,3
2	B00-B25 A88-A99	Bệnh da do virus	271	4,2
3	B35-B49	Bệnh da do nấm	332	5,2
4	B55-B88	Bệnh da do ký sinh trùng	19	0,3
5	A06-A79	Bệnh da nhiễm trùng khác	15	0,2
6	A30.0-A30.9+B92	Bệnh phong và các biến chứng của phong	23	0,4

STT	Mã ICD-10	Tên nhóm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
7	A50-A65 N34-N92	Bệnh lây truyền qua đường tình dục và các RLSD khác	349	5,4
8	**C43-C96** **D03-D23**	**Khối u da và ung thư da**	**416**	**6,5**
9	E65-E89	Bệnh liên quan đến nội tiết, chuyển hóa	6	0,1
10	H00-H17	Bệnh liên quan đến mắt	2	0
11	K09-K62	Bệnh niêm mạc, môi và hậu môn	27	0,4
12	**L10-L94** **M32-M79** **N00-N16**	**Bệnh da tự miễn**	**678**	**10,5**
13	**L20-L30**	**Viêm da chàm**	**1251**	**19,4**
14	**L40-L45**	**Bệnh đỏ da có sẩn, vảy**	**1456**	**22,6**
15	**L50-L54** **T78,T88**	**Mày đay và hồng ban**	**577**	**9,0**
16	L55-L59	Bệnh da do bức xạ	5	0,1
17	L60-L75	Bệnh của phần phụ	65	1,0
18	L80-L83	Bệnh rối loạn sắc tố da	67	1,0
19	L95,M30-31,I78	Các bất thường về máu, mạch máu	118	1,8
20	P57-P83 Q69-Q70	Bệnh da ở trẻ sơ sinh	1	0
21	Q80-Q85	Bệnh di truyền hiếm gặp	49	0,8
22	L82-L99	Các bệnh khác của da và tổ chức dưới da	167	2,6
23	R20-R76 Z20-Z91 G35-G54	Các triệu chứng khác	201	3,1

Bảng số liệu thể hiện rõ 5 nhóm bệnh có tỷ lệ nhập viện điều trị nội trú cao nhất, lần lượt là: Bệnh đỏ da có sẩn, vảy (22,6%); viêm da chàm (19,4%); bệnh da tự miễn (10,5%); mày đay và hồng ban (9,0); khối u da và ung thư da (6,5%).

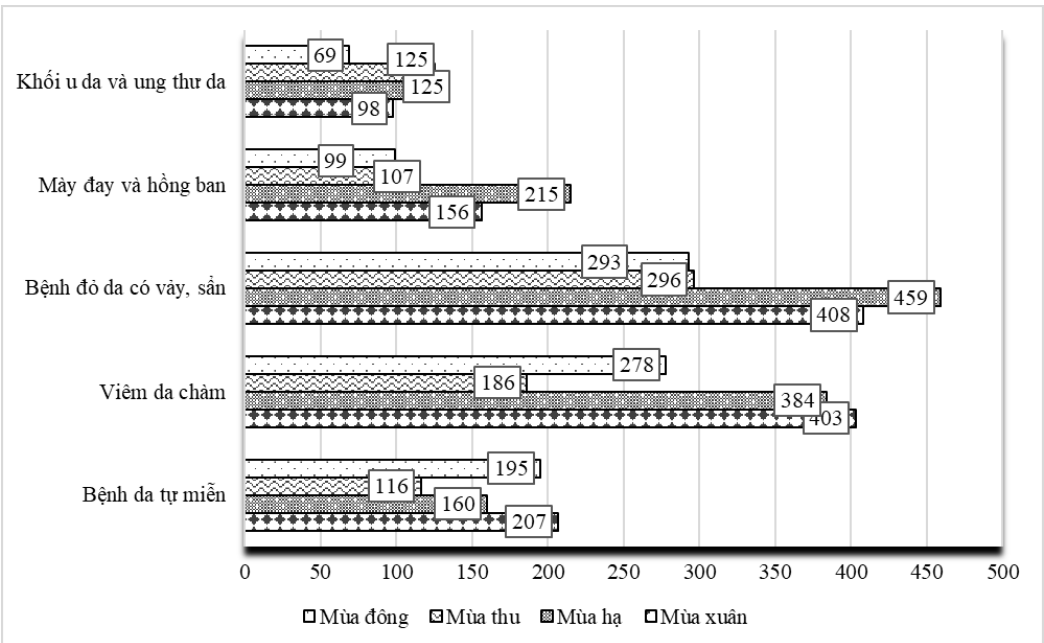
3.7. Tỷ lệ bệnh nhân theo giới ở 5 nhóm bệnh thường gặp nhất



Biểu đồ 4. Số lượng bệnh nam nữ ở 5 nhóm bệnh thường gặp nhất

Số lượng nam nữ khác nhau ở các nhóm bệnh. Ở nhóm bệnh đỏ da có sẩn, vảy và nhóm viêm da chàm, số lượng bệnh nhân nam giới gần gấp đôi số lượng bệnh nhân nữ. Ở nhóm bệnh da tự miễn, số lượng bệnh nhân nữ nhiều hơn bệnh nhân nam. Ở các nhóm mày đay và hồng ban, khối u da và ung thư da, tỷ lệ nam nữ gần như tương đương nhau.

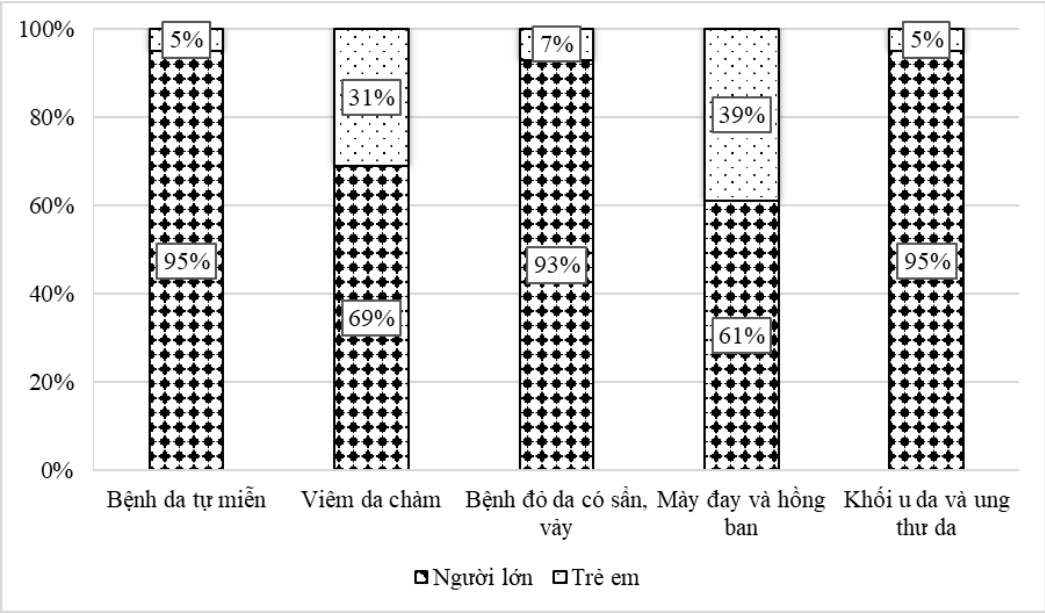
3.8. Số lượt nhập viện theo các mùa trong năm của 5 nhóm bệnh thường gặp nhất



Biểu đồ 5. Số lượt nhập viện theo các mùa trong năm của 5 nhóm bệnh thường gặp nhất

Ở nhóm khối u da và ung thư da, tỷ lệ bệnh nhân theo các mùa không chênh lệch nhiều. Nhưng ở các nhóm viêm da chàm; bệnh đỏ da có sẩn, vảy; mày đay và hồng ban, tỷ lệ nhập viện ở mùa xuân và mùa hè cao hơn hai mùa còn lại. Ở nhóm bệnh da tự miễn, số bệnh nhân nhập viện cao nhất vào mùa đông, ít nhất ở mùa thu.

3.9. Phân bố 5 nhóm bệnh thường gặp theo nhóm tuổi



Biểu đồ 6. Phân bố 5 nhóm bệnh thường gặp theo nhóm tuổi

Tỷ lệ trẻ em ở nhóm mày đay và hồng ban khá cao, chiếm 39%; ở nhóm viêm da chàm, tỷ lệ này là 31%. Ở các nhóm bệnh da tự miễn, bệnh đỏ da có sẩn vảy, khối u da và ung thư da, tỷ lệ trẻ em nhập viện ít hơn, lần lượt là 5%, 7%, và 5%.

4. BÀN LUẬN

Bệnh lý da liễu không gây nguy hiểm đến tính mạng, nhưng lại ảnh hưởng nhiều tới sức khỏe và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Nghiên cứu của Julie H Wu và cộng sự (2019) đã chỉ ra rằng da là một cơ quan dễ nhìn thấy có thể truyền đạt thông tin quan trọng về sức khỏe của một người, mặc dù một số bệnh về da thường bị bỏ qua về mặt y tế và được coi là vấn đề chủ yếu về mặt thẩm mỹ, nhưng hậu quả lâu dài của bệnh về da đối với sức khỏe tâm lý xã hội có thể rất sâu sắc.[6] Nghiên cứu của Kowalewska (2020) ở Ba Lan cho phần lớn các bệnh nhân mắc bệnh lý da liễu không hoàn toàn có khả năng đối phó với bệnh của mình và có thái độ tiêu cực với nó; điểm DLQI (Dermatology life quality index - thang điểm chất lượng cuộc sống da liễu) trung bình là 12,4 ± 8,1 điểm, nằm ở mức có ảnh hưởng lớn đến cuộc sống của bệnh nhân.[7] Hiện nay, trên thế giới, phân loại bệnh tật theo ICD-10, tại Việt Nam, có nhiều cách phân loại bệnh tật của nhiều tác giả khác nhau. Trong nghiên cứu của Lê Thế Vinh (2020) về khảo sát mô hình bệnh tật tại Bệnh viện Da liễu Trung ương, các bệnh lý da liễu được chia thành 27 nhóm bệnh,[8] nghiên cứu của Đinh Hữu Nghị (2023) chia các bệnh da liễu thành 10 nhóm bệnh khác nhau.[9] Ngoài ra, hầu hết các tác giả khác đều chia thành 3 nhóm: Bệnh phong, bệnh lây truyền qua đường tình dục và bệnh da, trong đó bệnh da lại chia thành các nhóm bệnh nhỏ hơn (bệnh da dị ứng, viêm da nhiễm trùng, bệnh đỏ da bong vảy,...).[9] Ở nghiên cứu này, dựa trên cơ sở phân loại bệnh tật theo mã ICD-10, chúng tôi phân thành 23 nhóm bệnh da liễu để thuận lợi cho việc phân tích và nghiên cứu (Phụ lục I).

Trong 6.437 số liệu bệnh nhân nhập viện điều trị nội trú, nhóm bệnh đỏ da có sẩn, vảy vào viện điều trị nhiều nhất (1.456 lượt), chiếm 22,6%, tiếp theo là các nhóm viêm da chàm (19,4%); bệnh da tự miễn (10,5%); mày đay và hồng ban (9,0); khối u da và ung thư da (6,5%); nhóm bệnh có số lượng ít nhất là bệnh da ở trẻ sơ sinh (Bảng 3). Về tổng thể, nhóm bệnh da không nhiễm trùng chiếm 79%, gấp gần 4 lần nhóm bệnh da nhiễm trùng (21%). Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu năm 2010 của Phạm Hoàng Khâm nghiên cứu trên 5.695 bệnh án bệnh nhân điều trị nội trú từ năm 2003 - 2009 tại Khoa Da liễu - Bệnh viện 103 (nhóm bệnh da nhiễm trùng chiếm 30,99%, nhóm bệnh da không nhiễm trùng chiếm 69,01%).[10] Điều này cho thấy ý thức về bệnh da nhiễm trùng được nâng cao; kéo theo biến đổi của mô hình bệnh tật - phù hợp với báo cáo hàng năm của Bộ Y tế (gia tăng các bệnh lý không lây nhiễm).[11]

Nhóm bệnh đỏ da có sẩn, vảy với tỷ lệ 22,6% đứng đầu trong mô hình bệnh da nội trú, phân bố chủ yếu ở khu vực Đồng bằng sông Hồng, sau đó là đến các vùng Đông Bắc Bộ, Bắc Trung Bộ, Tây Bắc Bộ và các vùng khác, đây cũng là phân bố chung của mô hình bệnh da nội trú (Biểu đồ 3). Trong nhóm bệnh này, chẩn đoán xuất hiện nhiều nhất là vảy nến thông thường với 947 lượt, ít nhất là phản ứng thuốc dạng lichen (2 lượt).

Phân tích mô hình bệnh theo giới cho thấy: Trong vòng một năm có 6.437 lượt bệnh nhân nhập viện, trong đó tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 53,08%, nữ chiếm 46,92%; trong khi tỷ lệ đến khám theo giới của viện trong khoảng thời gian này là nam 46%, nữ 54%, tỷ lệ khám này cũng tương đương với khảo sát về mô hình bệnh tật của tác giả Lê Thế Vinh (2020).[8] Điều đó cho thấy giới nữ thường quan tâm đến bệnh da liễu và sắc đẹp hơn nam giới, khám sớm và điều trị ngoại trú sớm nên tỷ lệ cần nhập viện điều trị trở nên thấp hơn nam giới. Ở năm nhóm bệnh thường gặp nhất, tỷ lệ nữ giới ở nhóm khối u da ung thư da, bệnh da

tự miễn, mày đay và hồng ban chiếm ưu thế hơn so với nam giới, trong khi đó viêm da chàm và bệnh đỏ da có sẩn, vảy (các nhóm bệnh yêu cầu sự chăm chỉ bôi thoa chất dưỡng ẩm và thuốc duy trì) chiếm ưu thế hơn ở nam giới. Như vậy, ý thức chăm sóc da ở nam giới chưa cao bằng nữ giới.

Việt Nam là nước nhiệt đới gió mùa, khí hậu được chia thành bốn mùa riêng biệt: Xuân, hạ, thu, đông. Trong nghiên cứu này, mùa hạ có số lượt nhập viện cao nhất với 2.017 lượt bệnh nhân, tiếp sau đó là mùa thu (1.751) và mùa đông (1.584), mùa xuân có số lượt nhập viện thấp nhất (1.085). Theo biểu đồ 1, bệnh nhân vào viện tập trung vào các tháng giữa năm (tháng 4, 5, 6, 7); ít hơn vào cuối năm và đầu năm (tháng 10, 11, 12, 1); tháng 6 có số lượt nhập viện cao nhất với 742 lượt, tức là có trung bình khoảng 24,7 người nhập viện trong một ngày. Các nhóm bệnh thường gặp vào mùa này là: Nhóm 3 - bệnh da do nấm (163), nhóm 12 - bệnh da tự miễn (210), nhóm 13 - viêm da chàm (416), nhóm 14 - bệnh da có sẩn vảy (439), nhóm 15 - mày đay và hồng ban (189). Như vậy, số lượng bệnh nhân nhập viện tăng lên vào mùa hè và mùa thu, giảm đi vào mùa đông và mùa xuân. Thời tiết nóng, ẩm làm tăng tỷ lệ mắc các bệnh da do nấm, mày đay và hồng ban, cũng làm nặng thêm các tình trạng da của nhóm bệnh đỏ da có sẩn vảy, bệnh da tự miễn. Nghiên cứu của tác giả Finstad (2022) ở Ontario, Canada, nơi cũng có khí hậu phân hóa bốn mùa rõ rệt, cho thấy số lượng bệnh nhân đạt đỉnh điểm vào tháng 6 đến tháng 8, ít nhất vào tháng 2, tương tự như nước ta.[2]

Phân tích mô hình bệnh da nội trú theo địa dư, theo biểu đồ 3 cho thấy số lượt nhập viện tại bệnh viện thay đổi theo vùng địa dư, trong đó vùng Tây Bắc Bộ có 415 lượt nhập viện (chiếm 6,4%), vùng Bắc Trung Bộ có 579 lượt (chiếm 9,0%), vùng Đông Bắc Bộ có 1.140 lượt (chiếm 17,7%). Vùng Đồng bằng sông Hồng có tỷ lệ lượt nhập viện cao nhất, với 4.216 lượt (chiếm 66,2%). Điều này là do vấn đề địa lý, Bệnh viện Da liễu Trung ương nằm tại khu vực Hà Nội, thuộc vùng Đông Bắc Bộ, những vùng khác có điều kiện kinh tế thấp hơn, hoặc do vị trí địa lý ở xa hơn, làm hạn chế cơ hội điều trị ở đây.

Theo bảng 1, tỷ lệ bệnh nhân nhập viện trong độ tuổi ≤ 15 tuổi là 22,1% phù hợp với cơ cấu dân số Việt Nam. Trong 5 nhóm bệnh thường gặp nhất, tỷ lệ bệnh nhân nhập viện là trẻ em tăng lên ở nhóm viêm da chàm (31%), mày đay và hồng ban (39%) (Biểu đồ 6). Điều này cho thấy trẻ em có làn da mỏng manh, dễ nhạy cảm với thời tiết và các dị nguyên ngoài môi trường, thức ăn, nên dễ mắc các bệnh trong nhóm viêm da chàm, mày đay và hồng ban.

Tình trạng bệnh nhân điều trị nội trú khi ra viện chủ yếu là đỡ (72,1%); có 14,3% số lượt bệnh nhân không thay đổi tình trạng, đa phần nằm ở khoa D5 - khoa điều trị nội trú ban ngày; 12,2% bệnh nhân khỏi hoàn toàn; 1% bệnh nhân chuyển viện và chỉ có 0,4% bệnh nhân có chuyển biến nặng hơn. Điều này phù hợp với thực tế rằng bệnh da liễu không gây nguy hiểm đến tính mạng mà làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh và gia tăng gánh nặng bệnh tật (do thời gian nằm viện dài, tỷ lệ khỏi hẳn bệnh không cao). Những vấn đề này đặt ra thách thức cho những nhà quản lý về việc gia tăng chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân và giảm gánh nặng bệnh tật của các bệnh lý da liễu.

5. KẾT LUẬN

Các nhóm bệnh nhập viện nhiều nhất là nhóm bệnh da không nhiễm trùng, cao nhất là nhóm bệnh đỏ da có sẩn vảy, theo sau là các nhóm viêm da chàm, bệnh da tự miễn, mày đay và hồng ban, khối u da và ung thư da. Tỷ lệ nhập viện điều trị cao vào mùa hè, nam giới chiếm số lượng cao hơn nữ giới. Không có bệnh nhân tử vong tại viện, số lượng bệnh nhân khỏi bệnh ít, bệnh nặng hơn rất ít, đa số là đỡ bệnh.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin chân thành cảm ơn các quý đồng nghiệp, các cán bộ của Phòng Kế hoạch tổng hợp, Phòng Công nghệ thông tin, Bệnh viện Da liễu Trung ương đã giúp chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

Cam kết không xung đột lợi ích: Chúng tôi cam kết không xung đột lợi ích trong nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hay RJ, Johns NE, Williams HC, et al. The global burden of skin disease in 2010: an analysis of the prevalence and impact of skin conditions. J Invest Dermatol. 2014;134(6):1527-1534. doi:10.1038/jid.2013.446.

2. Finstad A, Alhusayen R. Trends in Inpatient Admissions for Diseases of the Skin. J Cutan Med Surg. 2022;26(4):422-423. doi:10.1177/12034754221074945.

3. Arnold JD, Yoon S, Kirkorian AY. The national burden of inpatient dermatology in adults. J Am Acad Dermatol. 2019;80(2):425-432. doi:10.1016/j.jaad.2018.06.070.

4. Laughter MR, Maymone MBC, Karimkhani C, et al. The Burden of Skin and Subcutaneous Diseases in the United States From 1990 to 2017. JAMA Dermatol. 2020;156(8):874-881. doi:10.1001/jamadermatol.2020.1573.

5. Peng D, Sun J, Wang J, Qi X, Li G. Burden of Skin Disease - China, 1990-2019. China CDC Wkly. 2021;3(22):472-475. doi:10.46234/ccdcw2021.123.

6. Wu JH, Cohen BA. The stigma of skin disease. Curr Opin Pediatr. 2019;31(4):509-514. doi:10.1097/MOP.0000000000000792.

7. Kowalewska B, Jankowiak B, Krajewska-Kułak E, Khvorik DF, Niczyporuk W. Quality of life in skin diseases as perceived by patients and nurses. Adv Dermatol Allergol Dermatol Alergol. 2020;37(6):956-961. doi:10.5114/ada.2019.86182.

8. Lê Thế Vinh. Khảo sát mô hình bệnh tật tại Bệnh viện Da liễu Trung ương giai đoạn 2017 - 2019. Luận văn Thạc sĩ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế Công cộng Hà Nội. 2020.

9. Đinh Hữu Nghị, Nguyễn Mậu Tráng, Lê Thị Mai. Mô hình bệnh da thường gặp của bệnh nhân tại 10 tỉnh trong đợt điều tra dịch tễ năm 2022 của Bệnh viện Da liễu Trung ương. Tạp chí Da liễu học Việt Nam. 2023;(40):5-14. doi:10.56320/tcdlhvn.40.97.

10. Phạm Hoàng Khâm**.** Nghiên cứu cơ cấu bệnh tại Khoa Da liễu Bệnh viện 103 (2000 - 2009). Tạp chí Y học Việt Nam.2010;(1):69-74.

11. Bộ Y tế Việt Nam. Báo cáo chung Tổng quan ngành Y tế năm 2016: Hướng tới mục tiêu già hóa khỏe mạnh ở Việt Nam. Nhà xuất bản Y học. 2018. https://library.huph.edu.vn/tai-lieu-chi-tiet/bao-cao-chung-tong-quan-nganh-y-te-nam-2016-huong-toi-muc-tieu-gia-hoa-khoe-manh-o-viet-nam-df1aeeb09b5345b59e4ff4ac640ac015.html.

SUMMARY

Original research

CHARACTERISTICS OF AMITTED PATIENTS IN NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY IN VIET NAM

Bui Thi Hien[1], Pham Thi Minh Phuong[1], Do Thi Thu Hien[2], Le The Vinh[2], Le Huu Doanh[1,2], and Nguyen Thi Ha Vinh[1,2]*

ABSTRACT

Objectives: To analyze disease pattern of inpatients dermatology and related factors at the National Hospital of Dermatology and Venereology.

Materials and methods: We conducted a retrospective analysis of the admission and discharge records of all patients, collected from HISPRO software, admitted to our indoor facility from October 1st, 2022 to September 30th, 2023.

Results: The five groups of diseases with the highest hospitalization rates were erythrodermic skin diseases with papules and scales (22.6%), eczematous dermatitis (19.4%), autoimmune skin diseases (10.5%), urticaria and erythema (9.0%), and skin tumors and skin cancer (6.5%). The rate of hospital admissions was concentrated in the summer, autumn, and mid-year months (April, May, June, July), gradually decreasing in the last and first months of the year (October, November, December, January). Most patients came from the Red River Delta, followed by the Northern regions (Northeast, North Central, Northwest), with very few patients from the Southern. In terms of gender, the number of hospitalized male patients was higher. Overall, non-infectious skin diseases accounted for 79%, nearly four times the rate of infectious skin diseases (21%). The condition of inpatients upon discharge was mainly improved (72,1%), followed by those with no change in condition (14,3%), fully recovered patients (12,1%), those transferred to other hospitals (1%), and patients whose condition worsened (0,4%).

Conclusions: The most hospitalized groups were non-infectious skin diseases, with the highest number being erythrodermic skin diseases with papules and scales, followed by eczematous dermatitis, autoimmune skin diseases, urticaria and erythema, skin tumors and skin cancer. The rate of hospitalization was high in the summer, with more men than women. There were no deaths in the hospital, few patients cured, very few patients worsen, and most patients improved.

Keywords: *Disease pattern, ICD-10, inpatient dermatology, the burden of skin disease.*

[1]*Hanoi Medical University*

[2] *National Hospital of Dermatology and Venerology*

* *Correspondence: Email: havinhnguyen.derm@gmail.com*