

GIÁ TRỊ CỦA DERMOSCOPY TRONG CHẨN ĐOÁN BỆNH GHẺ

Phạm Thị Minh Phương¹, Lương Thị Yến², Ngô Thị Vân Anh¹, Phạm Quỳnh Hoa¹, Lê Hữu Doanh^{1,2}, và Trần Thị Huyền^{1,2,*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định giá trị của dermoscopy trong chẩn đoán bệnh ghẻ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến hành trên 356 người bị bệnh ghẻ tại Bệnh viện Da liễu Trung ương, chọn mẫu thuận tiện theo trình tự thời gian, từ tháng 8/2019 tới tháng 8/2020. Các bệnh nhân nghi ngờ bị bệnh ghẻ được chụp dermoscopy và soi tươi dưới kính hiển vi tìm ký sinh trùng ghẻ. Phương pháp soi tươi dưới kính hiển vi tìm ký sinh trùng ghẻ được xem là tiêu chuẩn để đánh giá giá trị của dermoscopy. Với các trường hợp soi tươi dưới kính hiển vi không thấy ký sinh trùng ghẻ, thực hiện lại xét nghiệm này dưới hướng dẫn của dermoscopy.

Kết quả: Có 70,5% người bệnh nam và 29,5% người bệnh nữ; 71,3% sống ở nông thôn và 28,7% sống ở thành thị. Nhóm dưới 15 tuổi chiếm 52%. Bệnh ghẻ thông thường chiếm tỷ lệ cao nhất (88,5%), sau đó là ghẻ sinh dục (nốt sẩn sau ghẻ - 26,4%), ghẻ bội nhiễm (16,3%). Phương pháp dermoscopy có độ nhạy 94,7%; độ đặc hiệu 92,2%; giá trị dự đoán dương tính là 99,6%; giá trị dự đoán âm tính là 44,8%.

Kết luận: So với phương pháp soi tươi dưới kính hiển vi, dermoscopy có độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị dự đoán dương tính cao, nhưng giá trị dự đoán âm tính thấp. Có thể áp dụng phương pháp này trên lâm sàng để chẩn đoán bệnh ghẻ.

Từ khóa: Bệnh ghẻ, dermoscopy, ký sinh trùng ghẻ, soi tươi dưới kính hiển vi

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh ghẻ là một bệnh lây nhiễm ngoài da do ký sinh trùng có tên khoa học *Sarcoptes scabiei var hominis* gây nên. Bệnh có mặt ở khắp các châu lục trên thế giới, ước tính có hơn 130 triệu người lây nhiễm hàng năm. Tỷ lệ mắc ghẻ thay đổi từ 0,3% - 46% dân số.^{1,2} Bệnh lây từ người này qua người khác qua tiếp xúc trực tiếp hoặc qua các vật dụng trung gian, có thể phát triển thành dịch, ảnh hưởng lớn đến giấc ngủ và chất lượng cuộc sống của người bệnh.^{3,4}

¹ Bệnh viện Da liễu Trung ương

² Trường Đại học Y Hà Nội

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

Ngày nhận bài: 02/10/2024

Ngày phản biện: 28/10/2024

Ngày chấp nhận đăng: 20/01/2025

DOI:10.56320/tcdlhhvn.47.219



Chẩn đoán bệnh ghẻ chủ yếu dựa vào các triệu chứng lâm sàng điển hình, các tổn thương da, tiền sử tiếp xúc và yếu tố dịch tễ. Tuy nhiên, trong thực tế, nhiều trường hợp không có biểu hiện lâm sàng điển hình, dễ nhầm lẫn với các bệnh da khác. Mặt khác, chẩn đoán bệnh ghẻ ở trẻ nhỏ hoặc người già cũng có thể khó khăn vì các đặc điểm lâm sàng ở những lứa tuổi này có thể khác so với người trưởng thành bình thường.^{5,6} Do vậy, các bác sĩ lâm sàng thường phải dựa vào kết quả soi tươi dưới kính hiển vi tìm ký sinh trùng ghẻ, nhưng xét nghiệm này phụ thuộc vào kỹ thuật và cách xác định vị trí tổn thương có thể có cái ghẻ, trứng ghẻ hay phân ghẻ.

Dermoscopy là một thiết bị giúp phóng đại các thương tổn da lên nhiều lần, giúp xác định chính xác hơn bản chất của thương tổn. Phương pháp này không xâm lấn, không gây đau đớn, được ứng dụng trong chẩn đoán bệnh ghẻ.⁷ Dermoscopy có thể giúp nhìn rõ các dấu hiệu điển hình của bệnh ghẻ cùng với các lợi ích khác như dễ sử dụng, gọn nhẹ, chi phí bảo trì thấp, cho kết quả nhanh và hiệu quả cao. Dermoscopy cho phép xác định hình dạng tam giác hay hình chữ V tương ứng với phần trước của cái ghẻ (đầu và các cặp chân). Các nghiên cứu trên thế giới so sánh dermoscopy với các kỹ thuật khác như nạo vảy da hoặc băng dính đều cho thấy các bằng chứng với lợi ích vượt trội của dermoscopy trong chẩn đoán ghẻ.^{7,8} Hiện nay, ở Việt Nam chưa có nghiên cứu đánh giá hiệu quả và khả năng áp dụng trên lâm sàng của phương pháp này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm *đánh giá* giá trị của dermoscopy trong phát hiện ký sinh trùng ghẻ/ chẩn đoán bệnh ghẻ.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được chẩn đoán sơ bộ bệnh ghẻ tại Khoa Khám bệnh - Bệnh viện Da liễu Trung ương, từ tháng 8/2019 tới tháng 8/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh có các triệu chứng lâm sàng hướng tới bệnh ghẻ, tổn thương cơ bản là mụn nước, hang ghẻ, luống ghẻ, sẩn ghẻ, ban đỏ; ngứa nhiều, nhất là về đêm; trong gia đình, tập thể, vườn trẻ có người cùng bị bệnh tương tự. Không phân biệt giới tính, tuổi; đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Rối loạn tâm thần, thần kinh; bệnh ghẻ Na-uy (ghẻ vảy); đã được điều trị ghẻ trong vòng 1 tháng trước đó.

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 theo trình tự thời gian. Có 356 người bệnh tham gia nghiên cứu.

Các bước tiến hành, công cụ thu thập số liệu

Lựa chọn các đối tượng nghiên cứu theo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ ký vào bản thỏa thuận trước khi được khám, phân tích da và làm bệnh án nghiên cứu.

Khảo sát đặc điểm chung, dịch tễ và lâm sàng của bệnh ghẻ

Thu thập các thông tin cần thiết theo mẫu bệnh án nghiên cứu gồm các thông tin về tuổi, giới, nghề nghiệp, địa dư, môi trường sống, tiền sử, thời gian bị bệnh, triệu chứng cơ năng, vị trí

thương tổn, số lượng thương tổn, loại thương tổn, mức độ ngứa, mức độ bệnh, phân loại bệnh ghẻ.

Thực hiện các xét nghiệm

Chụp da bằng dermoscopy: Sử dụng máy Dermoscopy FotoFinder medicam 800HD tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Da liễu Trung ương, do Fotofinder Company (Đức) sản xuất năm 2015, số đăng ký 000364-16-de. Máy có độ phân giải Full HD 1920x1080 pixels, dung lượng bộ nhớ 10TB và độ phóng đại tối đa 120X. Hình ảnh ký sinh trùng ghẻ được thể hiện ở hình 1.

Soi tươi dưới kính hiển vi tìm ký sinh trùng ghẻ: Xác định luống ghẻ, có thể tìm thấy ghẻ ở một số vị trí khác như mụn nước, sẩn, săng. Dùng kim khâu vào điểm phình to cuối luống ghẻ, bắt được cái ghẻ bám trên đầu kim, cho lên lam kính nhỏ sẵn dung dịch KOH 10%. Nhận định kết quả: Có cái ghẻ hoặc trứng, ấu trùng, phân ghẻ, được thể hiện ở hình 2.

Với các trường hợp soi tươi dưới kính hiển vi không thấy ký sinh trùng ghẻ, thực hiện lại xét nghiệm này dưới hướng dẫn của dermoscopy.

Tiêu chí đánh giá

Số người bị bệnh ghẻ thực sự/có ký sinh trùng ghẻ = Số người chụp da bằng dermoscopy có ký sinh trùng ghẻ + Số người soi tươi dưới hướng dẫn của dermoscopy có ký sinh trùng ghẻ.

Thực sự không nhiễm ký sinh trùng ghẻ = Soi tươi không có ký sinh trùng ghẻ và soi tươi dưới hướng dẫn của dermoscopy không có ký sinh trùng ghẻ.

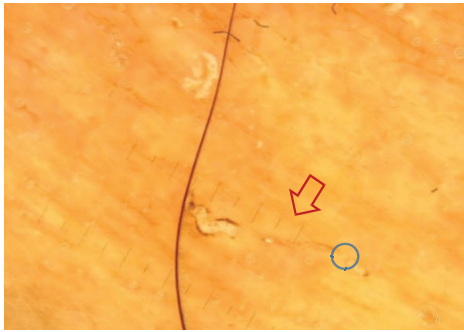
Đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu, các giá trị dự đoán dương tính, âm tính của dermoscopy dựa trên tiêu chuẩn vàng là soi tươi dưới kính hiển vi tìm thấy ký sinh trùng ghẻ (có hoặc không có hướng dẫn của dermoscopy).

Quản lý, phân tích số liệu

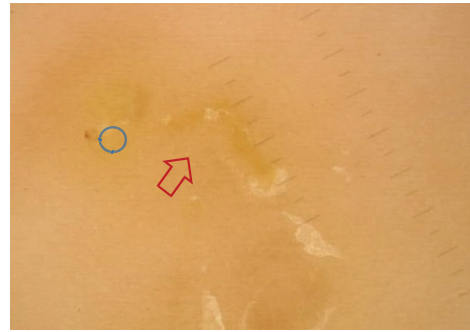
Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng các test thống kê phù hợp. Giá trị $p < 0,05$ được coi là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tính độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính, âm tính, kiểm định Kappa để xác định độ đồng thuận giữa 2 biến định tính. Độ mạnh của chỉ số Kappa: 0,81 - 1: Rất tốt; 0,61 - 0,8: tốt; 0,41 - 0,6: trung bình; 0,21 - 0,4: khá; $< 0,2$: Kém.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

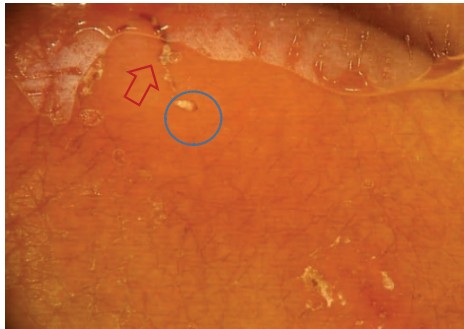
Người bệnh/người nhà được giải thích về nghiên cứu, nếu đồng ý mới tham gia vào nghiên cứu, có ký vào bản chấp thuận. Tất cả các thông tin liên quan đến người bệnh được bảo mật theo đúng quy định. Nghiên cứu được thực hiện hoàn toàn vì mục đích khoa học, tuân thủ đúng theo các quy định của Bệnh viện Da liễu Trung ương và Trường Đại học Y Hà Nội.



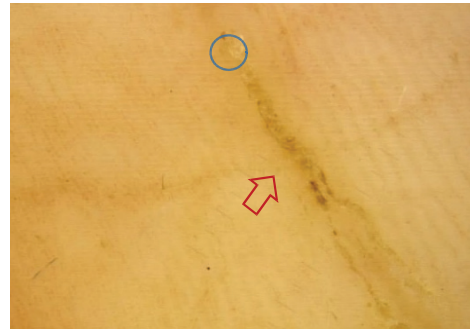
(A)



(B)



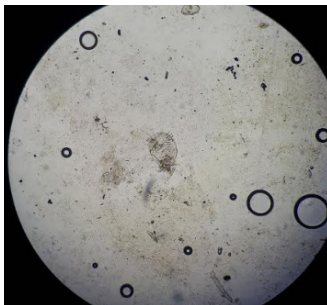
(C)



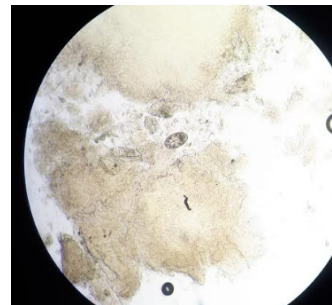
(D)

Hình 1. Hình ảnh cái ghê và đường hầm ghê dưới dermoscopy

Hình ảnh cái ghê và đường hầm ghê ở lòng bàn tay (A, D), ở cánh tay (B), và ở bìu (C) của người bệnh dưới dermoscopy: Vệt nâu hình tam giác điển hình của phần đầu cái ghê (khoanh tròn), tiếp theo là các vệt bất quy tắc của hang ghê (mũi tên đỏ).



(A)



(B)



(C)



(D)

Hình 2. Hình ảnh cái ghê và trứng ghê khi soi tươi dưới kính hiển vi

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của các đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của các đối tượng nghiên cứu (N = 356)

	Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 15 tuổi	185	52,0
	15 - 50 tuổi	139	39,0
	≥ 50 tuổi	32	9,0
Giới tính	Nam	251	70,5
	Nữ	105	29,5
Nơi sống	Nông thôn	254	71,3
	Thành thị	102	28,7
Tổng		356	100,0

Có 356 người bệnh tham gia vào nghiên cứu với 70,5% là nam và 29,5% là nữ. Có 71,3% người bệnh sống ở nông thôn và 28,7% sống ở thành thị. Nhóm dưới 15 tuổi chiếm đa số, với 52% (Bảng 1).

3.2. Một số đặc điểm về dịch tễ, nguồn lây

Bảng 2. Một số đặc điểm về dịch tễ - nguồn lây (N = 356)

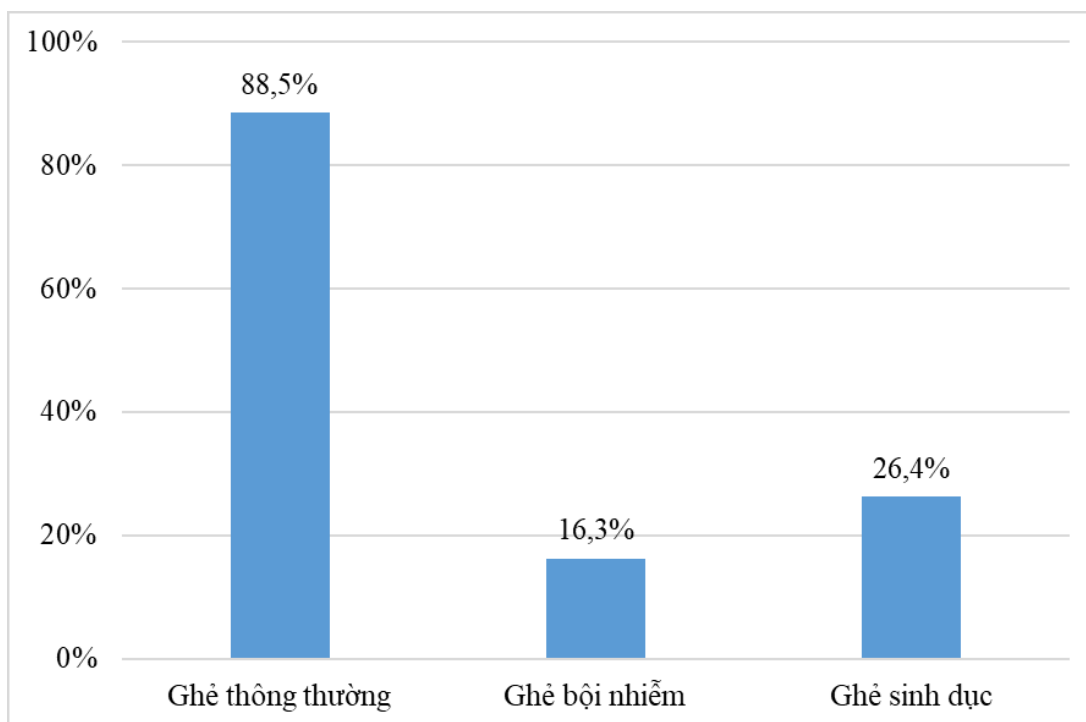
Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
Nguồn lây ghê		
Gia đình	92	25,8
Bạn bè	130	36,5
Khác	122	34,3
Không rõ	12	3,4
Hoàn cảnh sống		
Một mình	4	1,1
Gia đình	310	87,1
Tập thể	42	11,8
Người sống cùng có bệnh		
Có	267	75,0
Không	89	25,0
Tổng	356	100,0

Tỷ lệ người bệnh lây từ bạn bè là 36,5%, lây từ những người sống cùng là 34,3%, không rõ nguồn lây là 3,4%. Số người bệnh sống một mình chiếm tỷ lệ thấp nhất (1,1%), cao nhất là nhóm sống cùng



gia đình (87,1%), còn lại là nhóm sống tập thể (11,8%) (Bảng 2).

3.3. CÁC THỂ LÂM SÀNG CỦA BỆNH GHỀ



Biểu đồ 1. Các thể lâm sàng của bệnh ghề (N = 356)

Bệnh ghề thông thường chiếm tỷ lệ cao nhất (88,5%), sau đó là ghề sinh dục (nốt sẩn sau ghề - 26,4%), ghề bội nhiễm (16,3%) (Biểu đồ 1).

3.4. So sánh kết quả của phương pháp soi tươi dưới kính hiển vi và dermoscopy

Bảng 3. So sánh kết quả của phương pháp soi tươi dưới kính hiển vi và dermoscopy

Kết quả	Soi tươi		Dermoscopy		p (test χ^2)
	n	%	n	%	
Tìm thấy cái ghề	70	19,7	316	88,8	< 0,001
Không tìm thấy cái ghề	286	80,3	40	11,2	
Tổng	356	100,0	356	100,0	

Trong một lần soi, tỷ lệ tìm thấy cái ghề bằng dermoscopy cao hơn so với soi tươi dưới kính hiển vi (88,8% so với 19,7%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ (Bảng 3).

3.5. Kết quả soi tươi dưới hướng dẫn của dermoscopy

Có 246 người bệnh với kết quả không tìm thấy cái ghề khi soi tươi được làm lại soi tươi dưới hướng dẫn của dermoscopy. Kết quả, tỷ lệ tìm thấy cái ghề là 94,7% (Bảng 4).

Bảng 4. Kết quả soi tươi dưới hướng dẫn của dermoscopy (N = 246)

Kết quả	n	Tỷ lệ (%)
Tìm thấy cái ghê	232	94,7
Không tìm thấy cái ghê	14	5,3
Tổng	246	100,0

3.6. So sánh kết quả soi tươi dưới kính hiển vi và dermoscopy tìm ký sinh trùng ghê

Tổng cộng, sau hai lần tiến hành soi tươi tìm ghê dưới kính hiển vi với 316 bệnh nhân, có mối tương quan như sau giữa kết quả của xét nghiệm này so với soi da, thể hiện ở bảng 5.

Bảng 5. So sánh kết quả soi tươi dưới kính hiển vi và dermoscopy tìm ký sinh trùng ghê

Dermoscopy	Soi tươi dưới kính hiển vi		Tổng
	Tìm thấy cái ghê	Không tìm thấy	
Tìm thấy cái ghê	286	1	287
Không tìm thấy	16	13	29
Tổng	302	14	316

3.7. Giá trị của dermoscopy

Bảng 6. Độ nhạy, độ đặc hiệu và các giá trị dự báo dương tính, âm tính của dermoscopy sử dụng tiêu chuẩn vàng là tìm thấy ký sinh trùng ghê bằng soi tươi dưới kính hiển vi

Giá trị	Cách tính	Kết quả
Độ nhạy	$286/302 \times 100\%$	94,7%
Độ đặc hiệu	$13/14 \times 100\%$	92,2%
Giá trị dự đoán dương tính	$286/287 \times 100\%$	99,6%
Giá trị dự đoán âm tính	$13/29 \times 100\%$	44,8%
Chỉ số Kappa	$\frac{2 \times (268 \times 13 - 16 \times 1)}{(287 \times 14 + 302 \times 29)}$	0,58

Phương pháp dermoscopy có độ nhạy 94,7%; độ đặc hiệu 92,2%; giá trị dự đoán dương tính là 99,6%; giá trị dự đoán âm tính là 44,8% (Bảng 6), với chỉ số Kappa về sự đồng thuận của hai phương pháp là 0,58 (độ mạnh trung bình).



4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy độ tuổi phổ biến của người bệnh ghê là người trẻ dưới 15 tuổi, phù hợp với các nghiên cứu tương tự trước đây.^{9,10} Nghiên cứu của Walter trên 113 người bệnh được chẩn đoán ghê có độ tuổi trung vị là 14 tuổi.⁷ Đây cũng là độ tuổi chịu nhiều gánh nặng bệnh tật gây ra cho ghê, thường mang tâm lý sợ kỳ thị, e ngại hoặc do thiếu hiểu biết dẫn đến chậm phát hiện và điều trị bệnh. Sự chênh lệch về giới tính trong nghiên cứu khá đáng kể, chủ yếu là nam giới (70,5%). Nghiên cứu của Mohamed thực hiện tại Ai Cập có tỷ lệ người bệnh nam giới là 76%.¹¹ Nguyên nhân có thể do ý thức và hành vi vệ sinh cá nhân khác nhau giữa nam giới và nữ giới. Môi trường sinh hoạt của nam giới cũng có sự khác biệt, đặc biệt là các trường hợp sinh sống tập thể của nam giới tại các công trường xây dựng, khu nhà lao động, doanh trại quân đội, có thể tạo điều kiện cho sự lây lan của bệnh. Phần lớn người bệnh nghiên cứu đến từ nông thôn (71,3%). Nghiên cứu của Zeba cho rằng đa số người bệnh mắc ghê đến từ các vùng có điều kiện kinh tế - xã hội thấp.¹² Tại các nước đang phát triển, tỷ lệ bệnh ghê trong cộng đồng ở các vùng nông thôn dao động từ 5,8 - 8,3%.¹³ particularly among children and in tropical regions. We provide an estimate of the global burden of scabies using data from the Global Burden of Disease (GBD Ở một số nước kém phát triển tại châu Phi, tỷ lệ này có thể lên tới 31%.¹⁴ Nông thôn là khu vực có điều kiện vệ sinh kém hơn so với thành thị, tạo điều kiện lây lan bệnh tật, đặc biệt là các bệnh da liễu, trong đó có ghê.

Nguồn lây chủ yếu là từ bạn bè và người thân của người bệnh (62,3%). Điều này phù hợp và phản ánh đúng tỷ lệ người sống cùng gia đình là 87,1% và sống cùng người bệnh cũng mắc ghê

lên tới 75%. Gia đình càng đông người thì nguy cơ lây lan bệnh ghê càng cao. Ngoài ra, các trường mầm non, mẫu giáo với trẻ em, hay ký túc xá, khu nhà trọ với các nhóm học sinh - sinh viên đều là các môi trường sống tập thể, dễ lây truyền bệnh. Trong nghiên cứu này còn có một tỷ lệ nhỏ (3,4%) người bệnh không rõ nguồn lây, điều này có thể do người bệnh không nhớ thời điểm bắt đầu có triệu chứng cụ thể, hoặc không để ý các tiếp xúc của bản thân. Việc xác định được nguồn lây có thể giúp khoanh vùng ổ lây nhiễm ghê, từ đó có thể tư vấn, vận động người bệnh và những người trong nguồn lây cùng tham gia điều trị, giảm thiểu khả năng lây lan cho người xung quanh và giảm tái phát bệnh sau điều trị. Bệnh ghê thông thường chiếm tỷ lệ cao nhất (88,5%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Phạm Hoàng Khâm với tỷ lệ bệnh ghê thông thường và mức độ ghê trung bình chiếm phần lớn trong nghiên cứu (67,0% và 57,1%, tương ứng).¹⁵

Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong một lần soi, tỷ lệ tìm thấy cái ghê của dermoscopy là 88,8%, cao hơn rất nhiều so với tỷ lệ 19,7% khi thực hiện bằng kỹ thuật cạo vảy da soi tươi, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tìm thấy cái ghê trong soi tươi là một bằng chứng chắc chắn trong chẩn đoán khẳng định bệnh ghê. Soi tươi chịu ảnh hưởng từ kỹ thuật lấy mẫu của kỹ thuật viên. Việc xác định vị trí lấy mẫu không chính xác, hoặc kỹ thuật cạo bệnh phẩm vào lam kính chưa đủ để lấy cái ghê đều có thể dẫn tới không tìm được cái ghê trong vảy da.

Ở những trường hợp soi tươi không thấy cái ghê, các người bệnh được thực hiện lấy mẫu da dưới hướng dẫn của dermoscopy. Kết quả soi tươi lần thứ hai cho tỷ lệ tìm thấy cái ghê là 94,7%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Park, khẳng định sự phối hợp giữa dermoscopy

và soi tươi giúp tăng hiệu quả chẩn đoán xác định bệnh ghẻ lên gần gấp đôi so với soi tươi thông thường.¹⁶ Trong nghiên cứu, những người bị bệnh ghẻ nhưng có biểu hiện lâm sàng không điển hình, hoặc đã điều trị trước đó đều là những trường hợp rất khó hoặc không thể tìm được cái ghẻ bằng soi tươi nhưng có thể xác định nếu sử dụng dermoscopy kết hợp.

Nghiên cứu này cho thấy, độ nhạy của dermoscopy là 94,7%, phù hợp với nhận định của một số nghiên cứu trước đây. Nghiên cứu của Walter trên 125 người bệnh cho thấy độ nhạy của dermoscopy là 83% (95% CI = 70% - 94%), cao hơn so với soi tươi trên mẫu cạo vảy da (độ nhạy 46%; 95% CI = 31% - 62%) và soi tươi trên mẫu băng dính (độ nhạy 68%; 95% CI = 52% - 81%).⁷ Nghiên cứu của Park trên 287 người bệnh được chẩn đoán ghẻ cho thấy độ nhạy của dermoscopy kết hợp soi tươi lên tới 97,3%; 95% CI = 85,8% - 99,9%.¹⁷ and to determine the utility of dermoscopy-guided skin scraping with microscopic examination (DSGSS-ME Ngược lại, nghiên cứu của Abdel-Latif trên 100 người bệnh cho thấy độ nhạy của dermoscopy trong chẩn đoán bệnh ghẻ là 43,5%.⁸ Lý giải cho độ nhạy thấp này, tác giả cho rằng do người bệnh trong nghiên cứu là người da màu, sắc tố da có thể ảnh hưởng tới độ nhạy của kỹ thuật. Màu tối của da có thể làm ẩn đi các vết tổn thương do cái ghẻ gây ra. Ngoài ra, màu da đen còn có thể là một trở ngại cho xác định dấu hiệu cánh delta, điển hình cho phần trước màu nâu đen của cái ghẻ. Độ đặc hiệu của dermoscopy trong nghiên cứu của chúng tôi là 92,2%, phù hợp với các nghiên cứu của Park¹⁷ and to determine the utility of dermoscopy-guided skin scraping with microscopic examination (DSGSS-ME và Mohamed¹¹, độ đặc hiệu đều là 100%, của Abdel-Latif là 84,3%.⁸ Ngược lại, nghiên cứu của Walter cho thấy độ đặc hiệu của dermoscopy là 46%.⁷

Tác giả này cho rằng độ đặc hiệu thấp trong nghiên cứu là do các kỹ thuật viên chưa được đào tạo thuần thục dẫn đến còn có sai sót trong thực hiện kỹ thuật.

Giá trị dự đoán dương tính và âm tính phụ thuộc vào độ nhạy và độ đặc hiệu của xét nghiệm và quan trọng nhất là tỷ lệ hiện mắc của bệnh trong quần thể được xét nghiệm. Giá trị dự đoán dương tính của dermoscopy trong nghiên cứu này là 99,6%; giá trị dự báo âm tính là 44,8%. Điều này có nghĩa là xác suất mà người bệnh mắc ghẻ khi có kết quả dermoscopy dương tính lên tới 99,6%. Ngược lại, xác suất người bệnh không mắc ghẻ khi có kết quả dermoscopy âm tính là 44,8%. Do giá trị dự báo dương tính cao, và tỷ lệ phát hiện ghẻ bằng dermoscopy cao nên ảnh hưởng tới kết quả dự báo âm tính.

Trong nghiên cứu, phần lớn các lần chụp dermoscopy đều được thực hiện ở độ phóng đại 20X, chỉ có một vài trường hợp được thực hiện ở độ phóng đại 40X. Do vậy, các kết quả dermoscopy trong nghiên cứu chưa đưa ra được các hình ảnh về trứng ghẻ. Tuy nhiên, hạn chế này không ảnh hưởng đáng kể tới độ nhạy của kỹ thuật. Nghiên cứu của Dupuy đã chứng minh rằng sự thay đổi về hình thái của cái ghẻ đã chết và sự không hiện diện của cái ghẻ ở dermoscopy với độ phóng đại thấp không ảnh hưởng tới độ nhạy của kỹ thuật này.¹⁸ nonrandomized, evaluator-blinded, noninferiority study to compare sensitivities (main outcome Một hạn chế khác chúng tôi ghi nhận được trong nghiên cứu là kỹ thuật dermoscopy gặp khó khăn nhiều hơn ở các vùng cơ thể có da sẫm màu, nhiều lông tóc. Việc vệ sinh và khử trùng đầu dò trước và sau mỗi lần chụp dermoscopy là rất quan trọng để hạn chế sự lây lan của ký sinh trùng ghẻ.



5. KẾT LUẬN

So với phương pháp soi tươi dưới kính hiển vi, dermoscopy có độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị dự đoán dương tính cao, nhưng giá trị dự đoán âm tính thấp. Có thể áp dụng phương pháp này trên lâm sàng để chẩn đoán bệnh ghẻ.

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, Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Khoa Xét nghiệm, 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. Widaty S, Miranda E, Cornain EF, Rizky LA. Scabies: update on treatment and efforts for prevention and control in highly endemic settings. *J Infect Dev Ctries*. 2022;16(2):244-251. doi:10.3855/jidc.15222.
2. Sunderkötter C, Wohlrab J, Hamm H. Scabies: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. *Dtsch Arzteblatt Int*. 2021;118(41):695-704. doi:10.3238/arztebl.m2021.0296.
3. Matteredne U, Apfelbacher CJ, Loerbroks A, et al. Prevalence, correlates and characteristics of chronic pruritus: a population-based cross-sectional study. *Acta Derm Venereol*. 2011;91(6):674-679. doi:10.2340/00015555-1159.
4. Fernando DD, Mounsey KE, Bernigaud C, et al. Scabies. *Nat Rev Dis Primer*. 2024;10(1):74. doi:10.1038/s41572-024-00552-8.
5. Jin SP, Choi JE, Won CH, Cho S. Scabies in a 2-month-old Infant Successfully Treated with Lindane. *Ann Dermatol*. 2009;21(2):200-202. doi:10.5021/ad.2009.21.2.200.
6. Richards RN. Scabies: Diagnostic and Therapeutic Update. *J Cutan Med Surg*. 2021;25(1):95-101. doi:10.1177/1203475420960446.
7. Walter B, Heukelbach J, Fengler G, Worth C, Hengge U, Feldmeier H. Comparison of dermoscopy, skin scraping, and the adhesive tape test for the diagnosis of scabies in a resource-poor setting. *Arch Dermatol*. 2011;147(4):468-473. doi:10.1001/archdermatol.2011.51.
8. Abdel-Latif AA, Elshahed AR, Salama OA, Elsaie ML. Comparing the diagnostic properties of skin scraping, adhesive tape, and dermoscopy in diagnosing scabies. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat*. 2018;27(2):75-78.

9. Nguyễn Thị Hà Minh. Kết quả điều trị bệnh ghẻ bằng uống ivermectin, *Luận văn Thạc sĩ y học*, Đại học Y Hà Nội; 2018.
10. Phạm Thị Lan, Trần Văn Tiến, Trần Thị Huyền. Hiệu quả và tính an toàn của dung dịch permethrin 5% trong điều trị bệnh ghẻ. *Tạp chí Nghiên cứu y học*. 2014;90(5):99-105.
11. Mohamed AS, Atallah RB, Amer A. The Validity of Dermoscopic Findings in Diagnosis of Scabies. *J International Journal of Medical Arts*. 2019;1(2):73-78.
12. Zeba N, Shaikh DM, Memon KN, Khoharo HK. Scabies in relation to hygiene and other factors in patients visiting Liaquat University Hospital, Sindh, Pakistan. *International Journal of Science and Research*. 2014;9:10-19.
13. Karimkhani C, Colombara DV, Drucker AM, et al. The global burden of scabies: a cross-sectional analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Infect Dis*. 2017;17(12):1247-1254. doi:10.1016/S1473-3099(17)30483-8.
14. 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.
15. Phạm Hoàng Khâm. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng bệnh ghẻ tại bệnh viện 103 (2000 - 2009). *Tạp chí Y học thực hành*. 2011;4(760):87-89.
16. Park JH, Kim CW, Kim SS. The diagnostic accuracy of dermoscopy for scabies. *Ann Dermatol*. 2012;24(2):194-199. doi:10.5021/ad.2012.24.2.194.
17. Park SE, Her Y, Kim SS, Kim CW. Efficacy and safety of a lindane 1% treatment regimen for scabies, confirmed by dermoscopy-guided skin scraping with microscopic examination. *Clin Exp Dermatol*. 2015;40(6):611-616. doi:10.1111/ced.12643.
18. Dupuy A, Dehen L, Bourrat E, et al. Accuracy of standard dermoscopy for diagnosing scabies. *J Am Acad Dermatol*. 2007;56(1):53-62. doi:10.1016/j.jaad.2006.07.025.

**SUMMARY***Original research***THE VALUE OF DERMOSCOPY IN THE DIAGNOSIS OF SCABIES****Pham Thi Minh Phuong¹, Luong Thi Yen², Ngo Thi Van Anh¹, Pham Quynh Hoa¹, Le Huu Doanh^{1,2}, and Tran Thi Huyen^{1,2,*}****ABSTRACT**

Objectives: To determine the value of dermoscopy in diagnosing scabies.

Subjects and methods: This cross-sectional descriptive study was conducted on 356 patients with diagnosis of scabies at the National Hospital of Dermatology and Venereology, using a convenient sampling method based on a chronological order from August 2019 to August 2020. Patients underwent dermoscopy and microscopic examination for scabies parasites. Microscopic examination with skin scraping to identify the scabies mite was considered the gold standard for evaluating the value of dermoscopy. In cases where scabies parasites were not seen under microscopic examination, this test was repeated under dermoscopy guidance.

Results: Among the patients, 70.5% were male, and 29.5% were female. Rural residents accounted for 71.3%, while 28.7% lived in urban areas. Patients aged below 15 years constituted 52% of the cases. Scabies vulgaris was the most prevalent form (88.5%), followed by genital scabies (post-scabetic nodules - 26.4%) and impetiginized scabies (16.3%). Dermoscopy demonstrated a sensitivity of 94.7%, a specificity of 92.2%, a positive predictive value of 99.6%, and a negative predictive value of 44.8%.

Conclusions: Compared to the microscopic examination, dermoscopy has high sensitivity, specificity, and positive predictive value but a low negative predictive value. This method can be applied clinically to diagnose scabies.

Keywords: *Dermoscopy, microscopic examination, scabies, Sarcoptes scabiei var hominis.*

¹National Hospital of Dermatology and Venereology

²Hanoi Medical University

* Correspondence: Email: drhuyentran@gmail.com