



ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC VÀ LÂM SÀNG MỘT SỐ BỆNH DA NHIỄM KHUẨN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG

Trương Văn Cường^{1,2}, Đỗ Thị Thu Hiền³, Lê Hữu Doanh^{1,3}, Vũ Nguyệt Minh^{1,3},
và Nguyễn Thị Hà Vinh^{1,3,*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu mô tả đặc điểm dịch tễ học và lâm sàng của các bệnh da nhiễm khuẩn ở bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 01/2023 đến 12/2023.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 177 bệnh nhân nội trú được chẩn đoán các bệnh da nhiễm khuẩn thường gặp (chốc, áp-xe/nhot, viêm quầng, viêm mô bào, hoại thư, viêm cân mạc hoại tử, hội chứng bong vảy da do tụ cầu - 4S). Thu thập thông tin dịch tễ (tuổi, giới, địa dư, mùa mắc bệnh) và đặc điểm lâm sàng (triệu chứng cơ năng, triệu chứng toàn thân, đặc điểm tổn thương da, vị trí tổn thương). Dữ liệu được phân tích bằng SPSS 26.0.

Kết quả: Tuổi bệnh nhân từ 5 tháng đến 87 tuổi (trung bình $25,3 \pm 24,3$), nhóm 19-39 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (24,3%). Tỷ lệ nam:nữ 1,1:1, bệnh nhân từ thành thị chiếm đa số (62,7%). Số ca tăng cao vào mùa hè (45%) và mùa đông (39%). Các bệnh phổ biến nhất là áp-xe/nhot (48,0%), viêm mô bào (24,9%), chốc (18,1%) và hội chứng bong vảy da do tụ cầu - 4S (6,8%). Triệu chứng cơ năng chủ yếu là đau (68,9%), sốt (16,4%). Tổn thương chủ yếu là dát đỏ (66,7%), thường gặp ở vùng đầu - mặt - cổ (40,7%).

Kết luận: Các bệnh da nhiễm khuẩn nặng cần điều trị nội trú có thể gặp ở mọi lứa tuổi và ở cả hai giới, trong đó thường gặp nhất ở nhóm người trưởng thành và trung niên, với tỷ lệ nam và nữ tương đương nhau. Phần lớn bệnh nhân đến từ khu vực thành thị. Số ca mắc có xu hướng tăng cao vào cả mùa nóng ẩm và mùa lạnh. Áp-xe, nhot và viêm mô bào là những chẩn đoán thường gặp nhất. Đa số bệnh nhân có triệu chứng đau, tổn thương thường biểu hiện dưới dạng dát đỏ, mụn mủ hoặc ngò mủ, tập trung chủ yếu ở vùng đầu, mặt, cổ và tứ chi. Việc nhận biết các đặc điểm dịch tễ và lâm sàng này có ý nghĩa quan trọng trong định hướng chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời các bệnh da nhiễm khuẩn.

Từ khóa: Áp-xe, dịch tễ học, hội chứng bong vảy da do tụ cầu, nhiễm khuẩn da, viêm mô bào.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn da và mô mềm (skin and soft tissue infections - SSTIs) là nhóm bệnh lý phổ biến trong thực hành lâm sàng, do vi khuẩn xâm nhập gây tổn thương ở da và tổ chức dưới da với nhiều biểu hiện đa dạng. Các bệnh da nhiễm khuẩn có thể dao động từ những nhiễm khuẩn nông, nhẹ như chốc, đến những tình trạng nhiễm khuẩn sâu,

¹ Trường Đại học Y Hà Nội

² Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

³ Bệnh viện Da liễu Trung ương

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Hà Vinh

Email: havinhnguyen.derm@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/4/2025

Ngày phản biện: 15/5/2025

Ngày chấp nhận đăng: 04/7/2025

DOI: 10.56320/tcdlhnv.50.284

nghiêm trọng đe dọa tính mạng như viêm cân mạc hoại tử.¹ Chúng có thể gặp ở mọi lứa tuổi; ví dụ, chốc thường gặp ở trẻ nhỏ (độ tuổi 2 - 5),² trong khi viêm mô bào hay gặp ở tuổi trung niên trở lên,³ còn viêm quầng có thể gặp cả ở trẻ và người lớn tuổi.⁴ Nhìn chung, yếu tố nguy cơ của nhiễm khuẩn da bao gồm sang chấn da, bệnh mạn tính (như đái tháo đường, suy tĩnh mạch), suy giảm miễn dịch, vệ sinh kém,...

Trong những năm gần đây, tỷ lệ mắc và nhập viện do các nhiễm khuẩn da có xu hướng gia tăng trên thế giới. Theo một thống kê tại Hoa Kỳ SSTIs khá phổ biến ở các phòng khám cấp cứu và nội trú, chiếm hơn 14 triệu lượt khám ngoại trú và 850.000 ca nhập viện hàng năm chỉ riêng ở Hoa Kỳ. Sự gia tăng này một phần do sự xuất hiện của các chủng vi khuẩn kháng thuốc như *Staphylococcus aureus* kháng methicillin (MRSA).⁵ Tại Việt Nam, các bệnh da nhiễm khuẩn là một nhóm bệnh lý quan trọng trong chuyên ngành Da liễu. Tuy nhiên, các nghiên cứu mô tả chi tiết về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh này vẫn còn hạn chế. Việc hiểu rõ đặc điểm dịch tễ học và biểu hiện lâm sàng sẽ giúp bác sĩ chẩn đoán sớm, điều trị đúng hướng và cải thiện tiên lượng cho người bệnh. Bệnh viện Da liễu Trung ương là bệnh viện chuyên khoa tiếp nhận nhiều trường hợp bệnh da nhiễm khuẩn nặng và phức tạp từ khắp các vùng miền trong cả nước. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả các đặc điểm dịch tễ và lâm sàng của một số bệnh da nhiễm khuẩn thường gặp ở bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện, nhằm cung cấp dữ liệu cập nhật phục vụ cho thực hành lâm sàng và nghiên cứu khoa học.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu bao gồm 177 bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Da liễu Trung ương trong

thời gian từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2023, được chẩn đoán mắc một trong các bệnh da nhiễm khuẩn sau: chốc, áp-xe da/nhọt/nhọt cụm, viêm mô bào, viêm quầng, hoại thư (nhiễm khuẩn hoại tử phần mềm) hoặc hội chứng bong vảy da do tụ cầu (Staphylococcal Scalded Skin Syndrome - SSSS/4S).^{6,7}

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Hồi cứu hồ sơ bệnh án.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Da liễu Trung ương trong khoảng thời gian từ tháng 7 năm 2024 đến tháng 6 năm 2025. Dữ liệu được thu thập từ các hồ sơ bệnh án lưu trữ tại Phòng Kế hoạch Tổng hợp của bệnh nhân điều trị nội trú trong khoảng thời gian từ tháng 01 đến tháng 12 năm 2023.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu toàn bộ từ hồ sơ bệnh án hồi cứu. Tất cả hồ sơ bệnh án được lưu trữ tại Phòng Kế hoạch Tổng hợp, đáp ứng tiêu chí có chẩn đoán xác định một trong các bệnh da nhiễm khuẩn nêu trên và có đầy đủ thông tin cần thiết sẽ được đưa vào phân tích.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án của các trường hợp nhiễm trùng da do vi rút, nấm, ký sinh trùng hoặc hồ sơ không đầy đủ dữ liệu nghiên cứu cần thiết.

Các bước tiến hành nghiên cứu

Thu thập các dữ liệu: Thông tin hành chính (tuổi, giới, địa chỉ); thời điểm nhập viện; tiền sử bệnh lý da liễu và bệnh nội khoa kèm theo; triệu chứng cơ năng (đau, ngứa...); triệu chứng toàn thân (có hoặc không sốt, nhiệt độ cơ thể cao nhất); đặc điểm tổn thương da (hình thái tổn



thương chính như dát, sần, mụn mủ, bọng nước, loét hoại tử...); vị trí phân bố tổn thương trên cơ thể; chẩn đoán xác định.

Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS phiên bản 26.0 để phân tích số liệu. Thống kê mô tả được áp dụng nhằm trình bày các đặc điểm của mẫu nghiên cứu. Các biến định tính được biểu diễn bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm; các biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị đối với các biến có phân bố không chuẩn.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu mang tính hồi cứu, không can thiệp điều trị, sử dụng dữ liệu bệnh án được bảo

mật và mã hóa, không định danh bệnh nhân. Toàn bộ quy trình nghiên cứu được thực hiện phù hợp với các nguyên tắc đạo đức y học hiện hành và Tuyên ngôn Helsinki.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

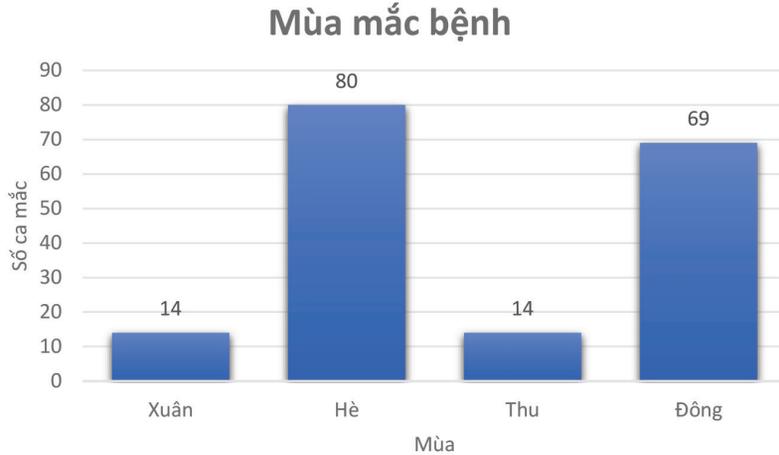
Tổng cộng có 177 bệnh nhân, gồm 93 nam (52,5%) và 84 nữ (47,5%), tỷ lệ nam/nữ là 1,1:1. Tuổi bệnh nhân dao động từ 5 tháng đến 87 tuổi, tuổi trung bình là 25,3 ± 24,3. Về phân bố nhóm tuổi, nhóm 19 - 39 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (24,3%), tiếp theo là nhóm 40 - 64 tuổi (16,9%), nhóm 13 - 18 tuổi (9,0%), nhóm 6 - 12 tuổi (6,8%); nhóm 0 - 1 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (6,2%).

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (n = 177)

Đặc điểm	n	%	Min	Max	Mean ± std
Nhóm tuổi					
0 - 1 (nhũ nhi)	11	6,2			
1 - 3 (tập đi)	26	14,7			
3 - 5 (mẫu giáo)	22	12,4			
6 - 12 (thiếu nhi)	12	6,8			
13 - 18 (thanh thiếu niên)	16	9,0	0,4 (5 tháng)	87	25,3 ± 24,3
19 - 39 (trưởng thành)	43	24,3			
40 - 64 (trung niên)	30	16,9			
Trên 65 (người già)	17	9,6			
Tổng	177	100			
Giới tính					
Nam	93	52,5			
Nữ	84	47,5			
Địa dư					
Thành thị	111	62,7			
Nông thôn	66	37,3			

3.2. Phân bố bệnh nhân theo mùa và khu vực địa lý

Phần lớn bệnh nhân cư trú tại khu vực thành thị (111 ca, 62,7%), trong khi từ nông thôn là 66 ca (37,3%). Số lượng bệnh nhân thay đổi theo mùa: Cao nhất vào mùa hè (45%) và mùa đông (39%); thấp hơn vào mùa xuân (8%) và mùa thu (8%).



Biểu đồ 1. Đặc điểm mùa mắc bệnh trong năm (n = 177)

3.3. Các bệnh lý phối hợp

Về bệnh lý kèm theo có 22 bệnh nhân (12,4%) có đồng mắc một bệnh da liễu khác, thường gặp nhất là viêm da cơ địa (2 ca, 1,1%) và bệnh da tự miễn (4 ca, 2,3%). 17 bệnh nhân (9,6%) có bệnh nội khoa kèm theo, chủ yếu là bệnh tim mạch (12 ca, 6,8%) và đái tháo đường type 2 (6 ca, 3,4%). Không ghi nhận trường hợp nào nhiễm HIV, dùng thuốc ức chế miễn dịch, hoặc có bệnh lý gan, thận nặng kèm theo. Về yếu tố ngoại khoa, không có bệnh nhân nào có tiền sử chấn thương hoặc phẫu thuật gần đây liên quan vùng da tổn thương.

Bảng 2. Các bệnh lý phối hợp

Nhóm bệnh	n	Tỷ lệ (%)
Bệnh da liễu		
Viêm da cơ địa	2	1,1
Bệnh da tự miễn	4	2,3
Bệnh da dị ứng	1	0,6
Bệnh da nhiễm trùng khác (nhiễm nấm, vi rút, ký sinh trùng...)	11	6,2
Bệnh da khác	20	11,3
Không có bệnh da liễu khác	139	78,5
Bệnh nội khoa		
Bệnh lý nội tiết	3	1,7
Đái tháo đường type 2	6	3,4



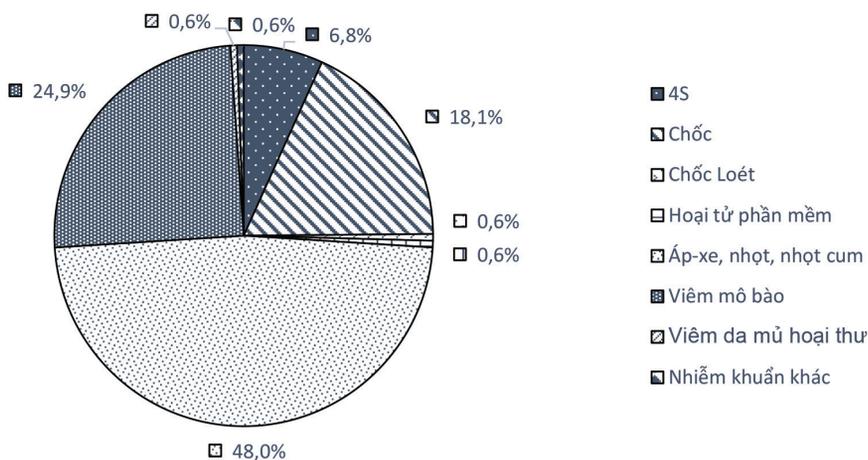
Nhóm bệnh	n	Tỷ lệ (%)
Suy giảm miễn dịch (HIV, dùng thuốc ức chế miễn dịch)	0	0
Suy giảm chức năng gan (viêm gan, xơ gan, ung thư gan)	0	0
Bệnh ác tính	1	0,6
Bệnh lý tim mạch	12	6,8
Bệnh lý thần kinh	1	0,6
Không có bệnh lý khác	160	90,4
Bệnh lý ngoại khoa		
Chấn thương phần mềm	0	0
Vết thương phần mềm	0	0

Nhóm bệnh	n	Tỷ lệ (%)
Sau phẫu thuật	0	0
Không có bệnh lý ngoại khoa	177	100

3.4. Phân bố chẩn đoán bệnh da nhiễm khuẩn

Trong nhóm nghiên cứu, áp-xe da, nốt và nốt cụm là nhóm bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất với 85 trường hợp (48,0%). Viêm mô bào đứng thứ hai với 44 trường hợp (24,9%). Chốc (bao gồm chốc thường) chiếm 32 ca (18,1%). Hội chứng bong vảy da do tụ cầu (45) ghi nhận 12 ca (6,8%), chủ yếu ở trẻ nhỏ. Nhóm các bệnh lý nhiễm khuẩn thường gặp, bao gồm áp-xe da, nốt và nốt cụm, viêm mô bào, chốc và hội chứng bong vảy da do tụ cầu, chiếm phần lớn trong nghiên cứu với tỷ lệ lên tới 98% tổng số ca. Ngoài ra, có một số chẩn đoán ít gặp hơn: Chốc loét 1 ca (0,6%), hoại tử phần mềm (viêm cân mạc hoại tử) 1 ca (0,6%), viêm da mủ hoại thư 1 ca (0,6%), và “nhiễm khuẩn da khác” 1 ca (0,6%).

Một số bệnh da nhiễm khuẩn (n = 177)



Biểu đồ 2. Tỷ lệ các một số bệnh da nhiễm khuẩn

3.5. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là đau tại vùng tổn thương da, ghi nhận ở 122 bệnh nhân (68,9%). Cảm giác ngứa gặp ở 32 bệnh nhân (18,1%). Có 11 bệnh nhân (6,2%) đồng thời có cả đau và ngứa. Tám bệnh nhân (4,5%) không ghi nhận triệu chứng cơ năng rõ rệt; ngoài ra, 4 trường hợp trẻ nhỏ biểu hiện quấy khóc (2,3%). Về triệu chứng toàn thân, có 29 bệnh nhân (16,4%) xuất hiện sốt trong quá trình bệnh (nhiệt độ $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$), trong đó 4 trường hợp sốt cao ($\geq 38,5^{\circ}\text{C}$). Phần lớn bệnh nhân không có sốt, với 148 trường hợp (83,6%).

Bảng 3. Triệu chứng cơ năng và triệu chứng toàn thân

Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)	
Triệu chứng cơ năng			
Đau	122	68,9	
Ngứa	32	18,1	
Đau và ngứa	11	6,2	
Không triệu chứng	8	4,5	
Quấy khóc trẻ nhỏ	4	2,3	
Triệu chứng toàn thân			
Sốt	37,5° - 38,5°	25	14,1
	$\geq 38,5^{\circ}$ (sốt cao)	4	2,3
Không sốt (< 37,5°)	148	83,6	

3.6. Đặc điểm tổn thương da

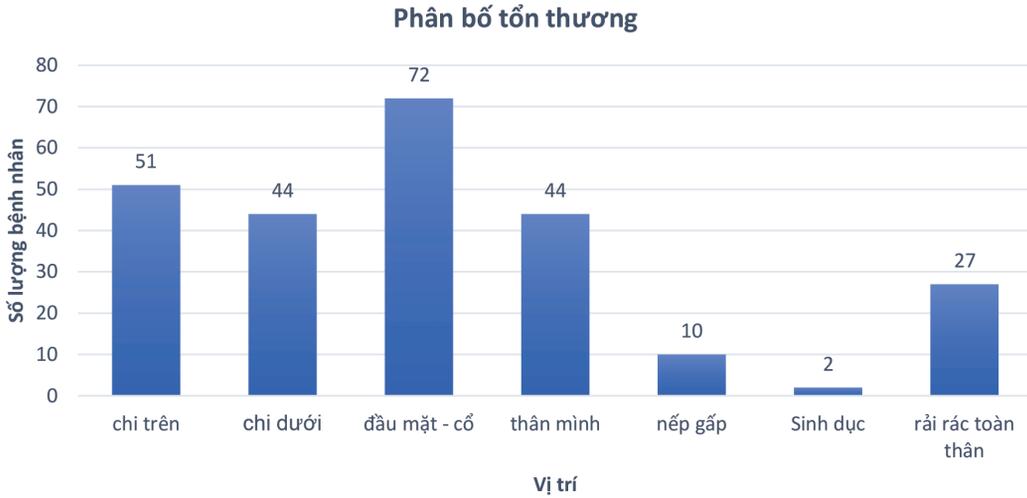
Bảng 4. Đặc điểm tổn thương da (n = 177)

Các thương tổn	n	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng		
Dát đỏ	118	66,7
Sẩn đỏ	9	5,1
Mảng đỏ	8	4,5
Mụn mủ/ngòì mủ	72	40,7
Mụn nước/bọng nước	1	0,6
Trợt/loét da	42	23,7

Trong số 177 bệnh nhân được khảo sát, tổn thương da dạng dát đỏ chiếm tỷ lệ cao nhất với 66,7% (118/177). Tổn thương dạng mụn mủ hoặc ngòì mủ được ghi nhận ở 40,7% trường hợp (72/177), trong khi trợt/loét da xuất hiện ở 23,7% bệnh nhân (42/177). Các hình thái tổn thương khác bao gồm sẩn đỏ (5,1%), mảng đỏ (4,5%) và mụn nước/bọng nước (0,6%).



3.7. Vị trí phân bố tổn thương



Biểu đồ 3. Phân bố tổn thương da

Tổn thương da phân bố nhiều nhất ở vùng đầu - mặt - cổ với 72 trường hợp (40,7%). Vùng tay (chi trên) là vị trí hay gặp thứ hai, chiếm 51 ca (28,8%). Vùng chân (chi dưới) và vùng thân mình đều ghi nhận 44 ca (mỗi vùng chiếm 24,9%). 27 trường hợp (15,3%) tổn thương rải rác toàn thân (như chốc lây lan nhiều nơi, hoặc hội chứng 4S lan tỏa). Các vị trí khác ít gặp hơn gồm: Vùng nếp gấp (bẹn, nách) 10 ca (5,6%) và vùng cơ quan sinh dục 2 ca (1,1%).

4. BÀN LUẬN

Nhiễm khuẩn da và mô mềm (SSTIs) là một trong những nhóm bệnh da phổ biến nhất, ảnh hưởng đáng kể đến sức khỏe cộng đồng và chiếm tỷ lệ lớn trong số các trường hợp điều trị ngoại trú và nhập viện.^{1,8} Việc phân tích đặc điểm lâm sàng và các yếu tố dịch tễ học liên quan không chỉ góp phần hoàn thiện bức tranh bệnh học của nhóm bệnh này, mà còn đóng vai trò quan trọng trong việc định hướng chẩn đoán sớm và xây dựng chiến lược điều trị hợp lý. Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đã ghi nhận sự khác biệt rõ rệt về độ tuổi, giới tính, cũng như xu hướng phân bố theo mùa ở các trường hợp nhiễm khuẩn da. Những biến thiên này có thể phản ánh sự thay đổi của hệ vi sinh vật thường trú trên da, kết hợp với các yếu tố môi trường ngoại sinh, góp phần hình thành và làm nặng thêm tình trạng bệnh lý.

Với mỗi loại nhiễm khuẩn da thì tuổi là một yếu tố liên quan đến bệnh. Chốc, hội chứng bong vảy da do tụ cầu thường gặp ở trẻ em trong khi các nhiễm khuẩn khác như áp-xe, viêm quầng, viêm mô bào thường gặp ở đối tượng ở người lớn.^{1,2} Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $25,3 \pm 24,3$ tuổi, trong đó nhóm tuổi 19 - 39 chiếm tỷ lệ cao nhất (24,3%). Kết quả này tương đối phù hợp với nghiên cứu của Mai Bá Hoàng Anh và cộng sự (2010), ghi nhận tỷ lệ mắc cao nhất ở nhóm tuổi 16 - 30 (50,5%). Điều này có thể liên quan đến đặc điểm sinh hoạt xã hội và nghề nghiệp của nhóm tuổi này, làm gia tăng nguy cơ tiếp xúc với các yếu tố thuận lợi gây nhiễm khuẩn da. Nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ nam giới (52,5%) chỉ cao hơn nữ giới không đáng kể, với tỷ lệ nam/nữ là 1,1:1, tương đồng với kết quả của nhiều nghiên cứu trong nước và quốc tế trước đây.^{9,10} Điều này chứng tỏ rằng các bệnh

da nhiễm khuẩn không có sự ưu thế rõ rệt về giới tính, mà phụ thuộc vào các yếu tố môi trường và sinh hoạt cá nhân. Nghiên cứu cũng cho thấy bệnh nhân đến từ khu vực thành thị chiếm đa số (62,7%). Kết quả này phản ánh đặc điểm phân bố dân cư và điều kiện tiếp cận dịch vụ y tế thuận lợi hơn ở thành thị, tương tự như ghi nhận tại các bệnh viện trung tâm lớn khác.

Các bệnh lý da nhiễm khuẩn thường gặp nhất là áp-xe/nhọt (48,0%), viêm mô bào (24,9%), chốc (18,1%), và hội chứng bong vảy da do tụ cầu - 4S (6,8%). Tỷ lệ này cũng tương ứng nghiên cứu trước đó của tác giả Ray (2013) nhóm bệnh áp-xe và viêm mô bào chiếm cao nhất (63%).¹¹ Trong một nghiên cứu khác của Kaye và cộng sự cũng báo cáo tỷ lệ tương tự.¹² Sự phổ biến của *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) có thể giải thích cho tỷ lệ cao của áp-xe và các thể có mủ trong nhóm nhiễm trùng da và mô mềm. Trong số các biểu hiện lâm sàng được ghi nhận, đau (68,9%) và sốt (16,4%) là hai triệu chứng thường gặp nhất, phản ánh tính chất viêm nhiễm cấp tính của các bệnh lý da và mô mềm. Tổn thương da chủ yếu biểu hiện dưới dạng dát đỏ, sưng nề (66,7%) và mụn mủ/bọng mủ (40,7%), cho thấy sự hiện diện của phản ứng viêm tại chỗ cũng như hoạt động của các vi khuẩn sinh mủ, đặc biệt là *Staphylococcus aureus* - một trong những tác nhân thường gặp nhất trong các thể bệnh có mủ.

Một điểm đáng lưu ý trong nghiên cứu của chúng tôi là tỷ lệ tổn thương tập trung tại vùng đầu - mặt - cổ chiếm ưu thế (40,7%), khác biệt so với phần lớn các nghiên cứu trước đây vốn ghi nhận chi dưới là vị trí thường gặp nhất trong các trường hợp nhiễm trùng da và mô mềm. Nguy cơ xảy ra các biến chứng nặng tại vùng đầu - mặt - cổ có thể là nguyên nhân khiến các tổn thương ở vị trí này thường có chỉ định nhập viện cao hơn.

5. KẾT LUẬN

Bệnh da nhiễm khuẩn nặng phải điều trị nội trú có thể gặp ở mọi lứa tuổi, thường gặp hơn ở nhóm người trưởng thành trẻ và trung niên, không ghi nhận sự khác biệt rõ rệt giữa hai giới. Bệnh chủ yếu gặp ở bệnh nhân sinh sống tại khu vực thành thị, với số ca nhập viện tăng cao vào mùa hè và mùa đông. Áp-xe/nhọt, viêm mô bào, chốc và hội chứng bong vảy da do tụ cầu là những chẩn đoán thường gặp nhất. Biểu hiện lâm sàng chủ yếu là đau tại vị trí tổn thương, ít trường hợp kèm theo sốt. Tổn thương da đa dạng về hình thái và phân bố, tập trung chủ yếu ở vùng đầu - mặt - cổ và tứ chi. Những phát hiện này góp phần hỗ trợ định hướng chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời các bệnh da nhiễm khuẩn trong thực hành lâm sàng.

Lời cảm ơn: Các tác giả xin chân thành cảm ơn Phòng Kế hoạch tổng hợp Bệnh viện Da liễu Trung ương đã hỗ trợ chúng tôi thu thập dữ liệu hoàn thành nghiên cứu.

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. Ki V, Rotstein C. Bacterial skin and soft tissue infections in adults: A review of their epidemiology, pathogenesis, diagnosis, treatment and site of care. *Can J Infect Dis Med Microbiol.* Mar 2008;19(2):173-84. doi:10.1155/2008/846453.
2. Nardi NM, Schaefer TJ. Impetigo. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
3. Ellis Simonsen SM, Van Orman ER, Hatch BE, Jones SS, Gren LH, Hegmann KT, Lyon JL. Cellulitis incidence in a defined population. *Epidemiology and Infection.* 2006;134(2):293-299. doi:10.1017/s095026880500484x



4. Eriksson B, Jorup-Rönström C, Karkkonen K, Sjöblom AC, Holm SE. Erysipelas: clinical and bacteriologic spectrum and serological aspects. *Clin Infect Dis*. Nov 1996;23(5):1091-8. doi:10.1093/clinids/23.5.1091.
5. Miller LG, Daum RS, Creech CB, et al. Clindamycin versus trimethoprim-sulfamethoxazole for uncomplicated skin infections. *N Engl J Med*. Mar 19 2015;372(12):1093-103. doi:10.1056/NEJMoa1403789.
6. Ladhani S, Joannou CL, Lochrie DP. Clinical, microbial, and biochemical aspects of the exfoliative toxins causing staphylococcal scalded-skin syndrome. *Clinical Microbiology Reviews*. 1999;12(2):224-242. doi:10.1128/CMR.12.2.224.
7. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft-tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*. 2014;59(2):e10-e52. doi:10.1093/cid/ciu296.
8. Miller LG, Eisenberg DF, Liu H, et al. Incidence of skin and soft tissue infections in ambulatory and inpatient settings, 2005-2010. *BMC Infect Dis*. Aug 21 2015;15:362. doi:10.1186/s12879-015-1071-0.
9. Vella V, Derreumaux D, Aris E, Pellegrini M, Contorni M, Scherbakov M, Bagnoli F. The Incidence of Skin and Soft Tissue Infections in the United States and Associated Healthcare Utilization Between 2010 and 2020. *Open Forum Infect Dis*. Jun 2024;11(6):ofae267. doi:10.1093/ofid/ofae267.
10. Mai BHA, Nguyễn TTP, Nguyễn TTM, Lê TCN, Trần NKN. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng các bệnh da nhiễm khuẩn. *Tạp chí Y Dược học*. 2020;56doi:10.34071/jmp.2020.5.8.
11. Ray GT, Suaya JA, Baxter R. Incidence, microbiology, and patient characteristics of skin and soft-tissue infections in a U.S. population: a retrospective population-based study. *BMC Infect Dis*. May 30 2013;13:252. doi:10.1186/1471-2334-13-252.
12. Kaye KS, Petty LA, Shorr AF, Zilberberg MD. Current Epidemiology, Etiology, and Burden of Acute Skin Infections in the United States. *Clin Infect Dis*. Apr 8 2019;68(Suppl 3):S193-s199. doi:10.1093/cid/ciz002.

SUMMARY*Original research***EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF SKIN AND SOFT TISSUE INFECTIONS IN INPATIENTS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY****Cuong Van Truong, MD^{1,2}, Hien Thi Thu Do, MD, PhD³, Doanh Huu Le, MD, PhD^{1,3}, Minh Nguyet Vu, MD, PhD^{1,3}, Vinh Thi Ha Nguyen, MD, PhD^{1,3,*}****ABSTRACT**

Objectives: To describe the epidemiological and clinical characteristics of bacterial skin infections among inpatients at the National Hospital of Dermatology and Venereology from January 2023 to December 2023.

Methods: A cross sectional descriptive study was conducted on 177 inpatients diagnosed with common bacterial skin infections (impetigo; abscesses/furuncles; cellulitis; necrotizing soft tissue infection; staphylococcal scalded skin syndrome - 4S). Epidemiological data (age, sex, residence, season) and clinical features (local symptoms, systemic signs, lesion morphology, lesion location) were collected. Data were analyzed using SPSS version 26.0.

Results: Patient ages ranged from 5 months to 87 years (mean 25.3 ± 24.3 years), with the 19-39 age group accounting for 24.3 % of cases. The male to female ratio was 1.1:1; 62.7 % of patients were urban residents. Incidence peaked in summer (45 %) and winter (39 %). The most frequent diagnoses were abscesses/furuncles (48.0 %), cellulitis (24.9 %), impetigo (18.1 %), and staphylococcal scalded skin syndrome (6.8 %). Pain was reported by 68.9 % of patients, and fever 16.4 %. Erythematous lesions were the most common (66.7 %), and the head face neck region was the predominant site (40.7 %).

Conclusions: Severe bacterial skin infections requiring hospitalization can occur at any age and in both sexes, with the highest incidence among adults and middle-aged individuals. The male-to-female ratio is approximately equal. Most patients originate from urban areas. The number of cases increases during hot and humid seasons as well as cold seasons. Abscesses, furuncles, and cellulitis are the most common diagnoses. The majority of patients present with pain and lesions characterized by erythematous patches and pustules or purulent nodules, predominantly affecting the head, face, neck, and extremities. Recognizing these epidemiological and clinical features is crucial for early diagnosis and timely management of bacterial skin infections.

Keywords: *Abscess, bacterial skin infection; cellulitis; epidemiology; staphylococcal scalded skin syndrome.*

¹ Hanoi Medical University

² 108 Military Central Hospital

³ National Hospital of Dermatology and Venereology

* Corresponding author: Vinh Thi Ha Nguyen

Email: havinhnguyen.derm@gmail.com