Tạp chí DA LIỄU HỌC VIỆT NAM

Tạp chí Da liễu học Việt Nam – Bài báo Nghiên cứu khoa học

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 Hiền[3], Lê Hữu Doanh[1,3], Vũ Nguyệt Minh[1,3], và Nguyễn Thị Hà Vinh[1,3,*]

[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:28/04/2025

Ngày phản biện:15/05/2025

Ngày chấp nhận đăng:04/07/2025

DOI:

TCDLHVN-SỐ 50

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 1/2023 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/nhọt, 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 ± 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/nhọt (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: Bệnh da nhiễm khuẩn nặng, phải điều trị nội trú có thể gặp ở mọi lứa tuổi, cả hai giới, nhiều nhất ở người trưởng thành và trung niên, tỷ lệ nam và nữ tương đương. Phần lớn bệnh nhân đến từ khu vực thành thị. Số ca tăng cao vào mùa nóng ẩm và mùa lạnh. Áp-xe, nhọt và viêm mô bào là những chẩn đoán thường gặp nhất. Đa số bệnh nhân có triệu chứng đau; tổn thương dạng dát đỏ, mụn mủ/ngòi mủ, tập trung ở vùng đầu mặt cổ và tứ chi. Việc nhận biết các đặc điểm dịch tễ và lâm sàng này giúp 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, 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, bệnh da nhiễm khuẩn là nhóm bệnh lý quan trọng trong chuyên ngành Da liễu. Tuy nhiên, các nghiên cứu mô tả chi tiết về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh này còn hạn chế. Việc hiểu rõ dịch tễ học và biểu hiện lâm sàng sẽ giúp bác sĩ chẩn đoán sớm, điều trị đúng hướng và tiên lượng tốt hơn cho bệnh nhân. Bệnh viện Da liễu Trung Ương là bệnh viện chuyên khoa tiếp nhận nhiều trường hợp bệnh da nhiễm khuẩn nặng, phức tạp từ khắp các vùng miền. Do đó, 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 thực hành lâm sàng và nghiên cứu.

TCDLHVN-Số 50

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 177 bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Da liễu Trung Ương trong khoảng thời gian từ 01/2023 đến 12/2023, được chẩn đoán một trong các bệnh da nhiễm khuẩn sau: chốc, áp-xe da/nhọt/nhọt cụm, viêm mô bào, hoại thư (nhiễm khuẩn hoại tử phần mềm) hoặc hội chứng bong vảy da do tụ cầu (Staphylococcal Scalded Skin Syndrome – 4S). Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn da: chốc, 4S, áp xe, viêm mô bào, viêm quầng, viêm cân cơ hoại tử. Tiêu chuẩn chẩn đoán các bệnh này dựa vào đặc điểm lâm sàng của từng bệnh.[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 lý nhiễm khuẩn da nêu trên và có thông tin đầy đủ sẽ được đưa vào phân tích.

Tiêu chuẩn loại trừ: hồ sơ bệnh án của các trường hợp nhiễm trùng da do virus, nấm, ký sinh trùng hoặc 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 nội khoa kèm theo, triệu chứng cơ năng (đau, ngứa…); triệu chứng toàn thân (sốt hoặc không sốt, nhiệt độ cao nhất); đặc điểm tổn thương da (hình thái tổn thương chính: dát,

TCDLHVN-Số 50

sẩn, 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 26.0. Thống kê mô tả được sử dụng để trình bày các đặc điểm của mẫu nghiên cứu. Các biến định tính được thể hiện bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm; các biến định lượng được mô tả bằng tỉ lệ phần trăm, trung bình ± độ lệch chuẩn (hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị đối với dữ liệu 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, bao gồm 93 nam (52,5%) và 84 nữ (47,5%), tỷ lệ nam/nữ 1,1:1. Tuổi bệnh nhân trải rộng từ 5 tháng đến 87 tuổi, trung bình 25,3 ± 24,3. Phân bố nhóm tuổi: nhóm 19–39 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (24,3%), sau đó là nhóm 40–64 tuổi (16,9%), nhóm 13–18 tuổi (9,0%), nhóm 6–12 tuổi (6,8%), nhóm 0–1 tuổi (6,2%) có tỷ lệ thấp nhất.

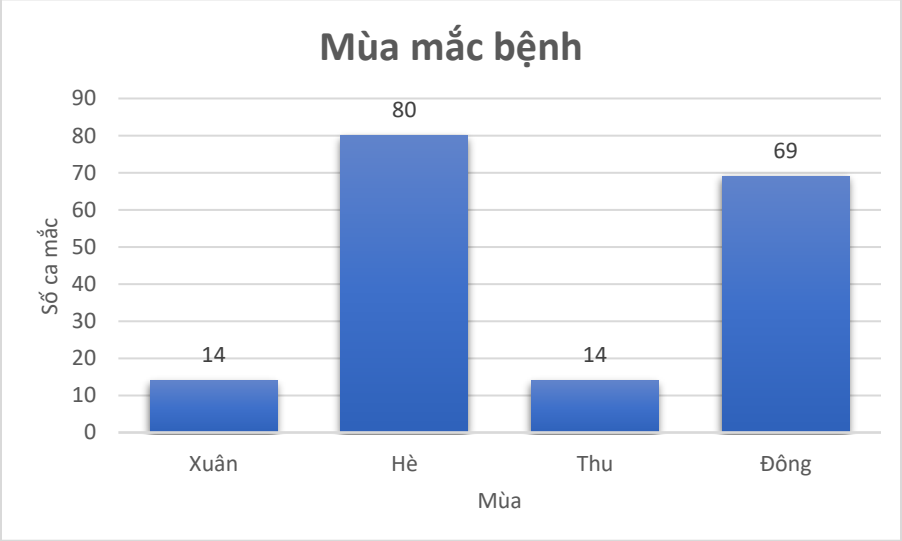
Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (n= 177)

Đặc điểm	n	%	Min	Max	Mean ± std
Nhóm tuổi					
0-1 (nhũ nhi)	11	6,2	0,4 (5 tháng)	87	25,3 ± 24,3
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			
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		
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.

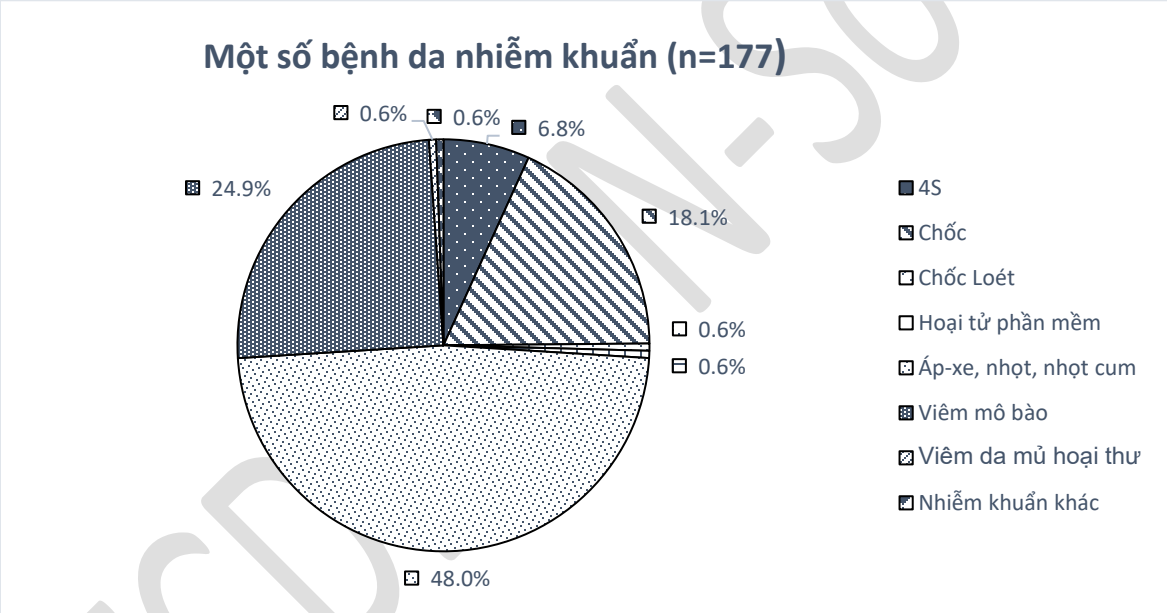
Bảng 2. Các bệnh lý phối hợp

Nhóm bệnh	n	%
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, virus, kí 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
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
Sau phẫu thuật	0	0
Không có bệnh lý ngoại khoa	177	100

TCDLH VN SỐ 50

3.4. Phân bố chẩn đoán bệnh da nhiễm khuẩn

Trong nhóm nghiên cứu, áp-xe da, nhọt và nhọt 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 (4S) ghi nhận 12 ca (6,8%), chủ yếu ở trẻ nhỏ. Nhóm các bệnh lý nhiễm khuẩn thường gặp, bao gồm áp-xe da, nhọt và nhọt 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%).



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%). Một số bệnh nhân có cả đau và ngứa (11 ca, 6,2%). Có 8 bệnh nhân (4,5%) không có 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%) bị sốt

TCDLVN-SỐ 50

trong diễn biến bệnh (nhiệt độ ≥ 37,5), trong đó 4 trường hợp sốt cao (≥ 38,5). Đa phần bệnh nhân không có sốt với 148 ca (83,6%).

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

Đặc điểm		n	%
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	37.5º – 38.5º	25	14,1
	≥ 38.5º (sốt cao)	4	2,3
Không sốt (< 37.5º)		148	83,6

3.6. Đặc điểm tổn thương da

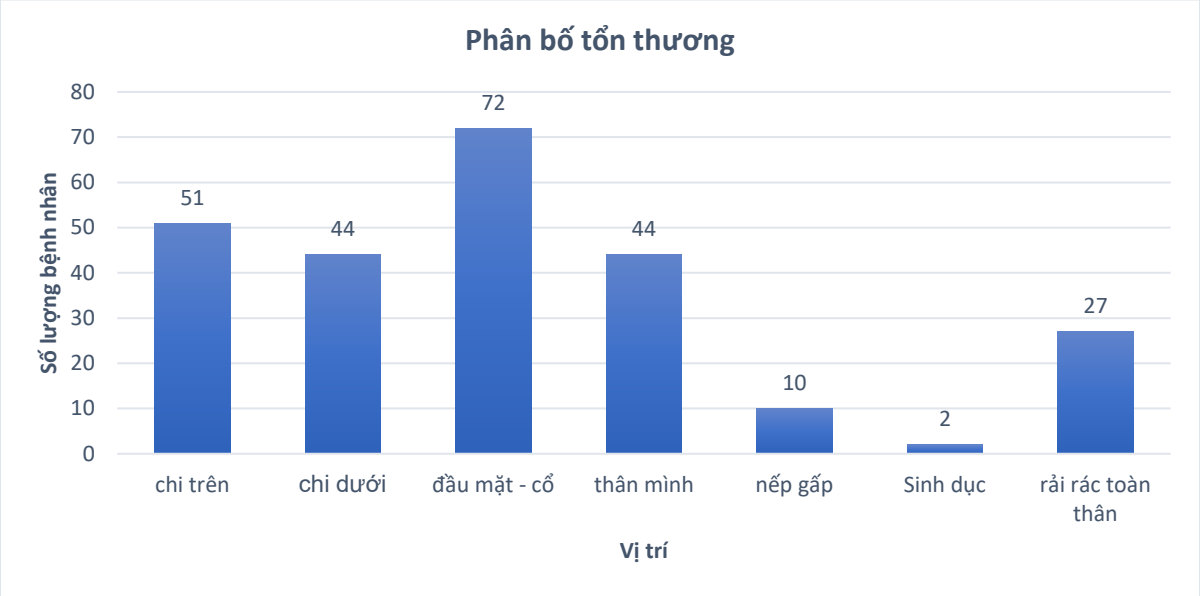
Bảng 4. Đặc điểm tổn thương da (n=177)

Các thương tổn	n	%
Dát đỏ	118	66,7
Sẩn đỏ	9	5,1
Mảng đỏ	8	4,5
Mụn mủ/ ngòi 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 ngòi 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%).

TCDLHVN-Số 50

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 của chúng tôi là 25,3 ± 24,3 tuổi, cao nhất ở nhóm 19–39 tuổi (24,3%), kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Mai Bá Hoàng Anh và cộng sự (2010) tỷ lệ mắc cao nhất ở nhóm tuổi 16–30 tuổi (50,5%). Điều này có thể liên quan tới đặc điểm hoạt động xã hội và nghề nghiệp ở nhóm tuổi này, làm tăng nguy cơ tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ gây nhiễm khuẩn da. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ nam giới (52,5%) chỉ nhỉnh hơn nữ giới một chút, tỷ lệ nam/nữ 1,1:1, tương tự các 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] Trông 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 đặc điểm viêm nhiễm cấp tính của nhóm bệnh lý da và mô mềm. Tổn thương da thường 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 vi khuẩn sinh mủ, đặc biệt là *S. aureus* – một trong những tác nhân phổ biến nhất của các thể 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.[1] Nguy cơ biến chứng nặng vùng đầu mặt cổ, có thể là lý do khiến các tổn thương tại vùng này thường có chỉ định nhập viện cao hơn.

5. KẾT LUẬN

TCDLHVN-Số 50

Bệnh da nhiễm khuẩn nặng, điều trị nội trú có thể gặp ở mọi lứa tuổi, phổ biến hơn ở người trưởng thành trẻ và trung niên, không có sự khác biệt rõ về giới. Bệnh thường gặp ở bệnh nhân sống tại thành thị, với số ca 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 các chẩn đoán chủ yếu. Biểu hiện lâm sàng thường gặp là đau tại tổn thương, ít 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 chẩn đoán 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

TCDLHVN-Số 50

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

TCDLHVN-Số 50

SUMMARY

Original research

EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF SKIN AND SOFT

Tạp chí DA LIỄU HỌC VIỆT NAM

Tạp chí Da liễu học Việt Nam – Bài báo Nghiên cứu khoa học

TISSUE INFECTIONS IN INPATIENTS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

Cuong Van Truong, MD[1,2], Hien Thi Thu Do, MD, PhD[3], Doanh Huu Le, MD, PhD[1,3], Minh Nguyet Vu, MD, PhD[1,3], Vinh Thi Ha Nguyen, MD, PhD[1,3,*]

[1]Hanoi Medical University

[2] 108 Military Central Hospital

[3]National Hospital of Dermatology and Venereology

**Corresponding author: Vinh Thi Ha Nguyen, MD, PhD; Email: havinhnguyen.derm@gmail.com*

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 %).

Conclusion: 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

TCDLHVN-Số 50

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*

TCDLHVN-Số 50