

# 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

**Đình Hữu Nghị<sup>1,2</sup>, Nguyễn Mậu Tráng<sup>1</sup>, Lê Thị Mai<sup>1</sup>, Hà Tuấn Minh<sup>1</sup>, Hồ Phương Thùy<sup>1</sup>,  
Vũ Thanh Tùng<sup>1</sup>, Nguyễn Mạnh Tân<sup>1</sup>, Dương Phúc Hiếu<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Ngọc Anh<sup>1</sup>,  
Hà Anh Minh<sup>1</sup>, Lê Hữu Doanh<sup>1,2\*</sup>**

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Bệnh da liễu có tỷ lệ mắc bệnh cao và ảnh hưởng nhiều tới chất lượng cuộc sống. Để có một cái nhìn tổng quát về mô hình bệnh da liễu thường gặp tại cộng đồng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục đích khảo sát đặc điểm mô hình bệnh da thường gặp tại 10 tỉnh thuộc khu vực phía Bắc và phía Nam.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, lấy toàn bộ bệnh nhân được chẩn đoán có bệnh da (4.354 bệnh nhân) trong đợt khám điều tra dịch tễ do Bệnh viện Da liễu Trung ương tổ chức tại 38 xã thuộc 10 tỉnh.

**Kết quả:** Nhóm bệnh da cơ địa - dị ứng có tỷ lệ cao nhất với 34,1%, tiếp sau đó là bệnh sẩn ngứa 21,1%. Tổng các nhóm bệnh da nhiễm trùng chiếm 31,1%, trong đó nấm da đóng góp 13,5%. Đặc biệt, có 8 bệnh nhân được chẩn đoán lần đầu mắc bệnh phong.

**Kết luận:** Theo kết quả điều tra dịch tễ của chúng tôi, nhóm bệnh da dị ứng - cơ địa chiếm tỷ lệ cao nhất trong mô hình các bệnh da thường gặp ở cộng đồng. Tuy nhiên, nhóm bệnh da nhiễm trùng, nổi bật là nấm da và ghẻ vẫn chiếm tỷ lệ cao, đặc biệt là ở vùng miền núi phía Bắc và Tây Nguyên.

**Từ khóa:** *Bệnh da thường gặp, mô hình bệnh tật, bệnh phong.*

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mô hình bệnh tật của một quốc gia, một cộng đồng là sự phản ánh tình hình sức khỏe, tình hình kinh tế - xã hội của quốc gia hay cộng đồng đó. Việc xác định mô hình bệnh tật giúp cho ngành

y tế xây dựng kế hoạch chăm sóc sức khỏe cho nhân dân một cách toàn diện, đầu tư cho công tác phòng chống bệnh có chiều sâu và trọng điểm, từng bước hạ thấp tối đa tần suất mắc bệnh và tỷ lệ tử vong cho cộng đồng và nâng cao sức khỏe nhân dân. Trên thế giới, bệnh da liễu đã thu hút rất nhiều sự quan tâm trong những năm qua vì tính phổ biến và khả năng phòng ngừa và kiểm soát bệnh. Năm 2017, các bệnh về da là nguyên nhân đứng hàng thứ 18 trong số năm sống được điều chỉnh theo mức độ tàn tật (DALYs) trên toàn cầu và là nguyên nhân đứng hàng thứ tư của gánh nặng bệnh tật không gây tử vong trên toàn thế giới.<sup>1</sup>

1: Bệnh viện Da liễu Trung ương

2: Trường Đại học Y Hà Nội

\*Tác giả liên hệ: lehuudoanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/6/2023

Ngày phản biện: 15/6/2023

Ngày chấp nhận đăng: 25/6/2023

DOI: <https://doi.org/10.56320/tcdlhnv.40.97>



Mô hình bệnh da liễu khác nhau giữa các nước và thậm chí giữa các vùng trong cùng một quốc gia do đặc điểm sinh thái, điều kiện vệ sinh, tập quán xã hội và di truyền. Các quốc gia châu Á, đặc biệt là các quốc gia có thu nhập cao, có gánh nặng cao về bệnh viêm da, bao gồm trứng cá, rụng tóc từng mảng, viêm da cơ địa, viêm da tiếp xúc, vẩy nến, ngứa và viêm da tiết bã. Gánh nặng của bệnh da liễu truyền nhiễm lớn hơn ở các nước châu Á có thu nhập thấp. Gánh nặng ung thư da ở châu Á tương đối thấp, tuy nhiên đang có xu hướng tăng dần.<sup>2</sup>

Tại Việt Nam, sự chênh lệch về điều kiện kinh tế - xã hội cũng như khác biệt về khí hậu thời tiết, đặc biệt là độ ẩm, nhiệt độ trung bình và số giờ có nắng trong ngày, tạo ra những khác biệt lớn về mô hình bệnh da liễu giữa các khu vực. Tuy nhiên, hiện tại chỉ có một số ít nghiên cứu đánh giá mô hình bệnh da thường gặp tại một số cơ sở khám chữa bệnh nhất định, chưa có nghiên cứu nào đánh giá mô hình các bệnh da thường gặp có độ bao phủ các vùng miền trên cả nước.

Năm 2022, căn cứ Quyết định số 1692/QĐ-BYT ngày 29/6/2022 của Bộ Y tế, thực hiện công văn số 1168/BVDLTW-CĐT ngày 23 tháng 8 năm 2022 về việc triển khai điều tra dịch tễ bệnh phong năm 2022, Bệnh viện Da liễu Trung ương đã tiến hành khảo sát, xác định mô hình bệnh da thường gặp và một số yếu tố liên quan tại 10 tỉnh đại diện cho hai miền: Lạng Sơn, Lai Châu, Điện Biên, Cao Bằng, Hà Giang, Bình Thuận, Kiên Giang, Gia Lai, Đồng Tháp, Cà Mau.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

4.352 bệnh nhân tới khám và được chẩn đoán mắc bệnh da trong đợt điều tra dịch tễ của Bệnh viện Da liễu trung ương tại 38 xã/phường thuộc 10 tỉnh, từ tháng 9/2022 đến tháng 12/2022.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả.

**2.2.2. Mẫu và phương pháp chọn mẫu**

Cỡ mẫu: Chọn mẫu toàn bộ

Tất cả bệnh nhân tới khám điều tra dịch tễ và được chẩn đoán mắc bệnh da đều được đưa vào nghiên cứu.

**2.2.3. Thời gian, địa điểm nghiên cứu**

- Thời gian: Từ tháng 9/2022 đến tháng 12/2022.

- Địa điểm: 38 xã thuộc 10 tỉnh: Lạng Sơn, Lai Châu, Điện Biên, Cao Bằng, Hà Giang, Bình Thuận, Kiên Giang, Gia Lai, Đồng Tháp, Cà Mau.

**2.2.4. Quy trình nghiên cứu**

- Lựa chọn địa phương trong 10 tỉnh: Các xã/phường được chọn có dân số trên 3.000 và có bệnh nhân phong mới trong vòng 5 năm gần đây.

- Tổ chức khám điều tra dịch tễ:

+ Tập hợp người dân tới khám bằng hai hình thức: Phát tờ rơi và loa phát thanh địa phương, tất cả bệnh nhân có triệu chứng bệnh da được khuyến nghị tới khám để chẩn đoán và điều trị.

+ Địa điểm tổ chức khám: Trạm y tế địa phương. Thời gian: 2 ngày tại mỗi xã.

+ Bác sĩ khám: Bác sĩ chuyên khoa da liễu của Bệnh viện Da liễu Trung ương.

+ Công cụ, phương tiện: Khám lâm sàng kết hợp dermoscopy và soi đèn Wood. Riêng bệnh nhân theo dõi phong sẽ được làm xét nghiệm trích thủ bệnh phẩm, nhuộm Zeihl-Nelsen để khẳng định chẩn đoán.

+ Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh theo mã ICD 10. Sau đó, chúng tôi sẽ phân loại bệnh nhân vào một trong 12 nhóm bệnh sau: bệnh da dị ứng - cơ địa, bệnh đờ da bong vảy, bệnh sẩn ngứa, bệnh da nhiễm khuẩn, nấm da, bệnh da do ký sinh trùng, bệnh da do virus, bệnh da tự miễn, bệnh rối loạn sắc tố da, bệnh ung thư da, bệnh phong và bệnh da khác.

#### 2.2.4. Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Các biến số về nhân khẩu học của bệnh nhân: Tuổi, nhóm tuổi, giới, nghề nghiệp. Trong

đó, biến số nhóm tuổi được chia thành hai nhóm: > 15 tuổi và ≤ 15 tuổi.

- Biến số về chẩn đoán bệnh.

#### 2.2.5. Hạn chế của đề tài

- Không có sự hỗ trợ chẩn đoán của các phương tiện xét nghiệm cận lâm sàng do điều kiện khám điều tra dịch tễ tại địa phương.

- Nghiên cứu nằm trong hoạt động khám điều tra dịch tễ thuộc chương trình phong nên các địa phương (quần thể nghiên cứu) được lựa chọn một cách không ngẫu nhiên..

### 3. KẾT QUẢ

#### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1. Đặc điểm dân số và số lượng bệnh nhân khám điều tra dịch tễ tại 10 tỉnh**

Tỉnh	Số huyện/thị	Số xã	Tổng dân số của các xã được điều tra dịch tễ	Số BN được chẩn đoán bệnh da
Điện Biên	2	4	19.704	932
Lai Châu	1	4	18.089	382
Hà Giang	1	4	18.991	564
Lạng Sơn	4	4	17.487	439
Cao Bằng	1	4	20.208	436
Gia Lai	1	3	14.562	201
Bình Thuận	1	3	44.503	294
Đồng Tháp	3	4	48.269	344
Kiên Giang	4	4	56.039	465
Cà Mau	2	4	61.602	299
<b>Tổng</b>	<b>20</b>	<b>38</b>	<b>319.454</b>	<b>4.354</b>

Có 38 xã được tổ chức khám điều tra dịch tễ đều có dân số trên 3.000. Tổng số bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh da là 4.354, trong đó cao nhất là Điện Biên với 932 bệnh nhân.



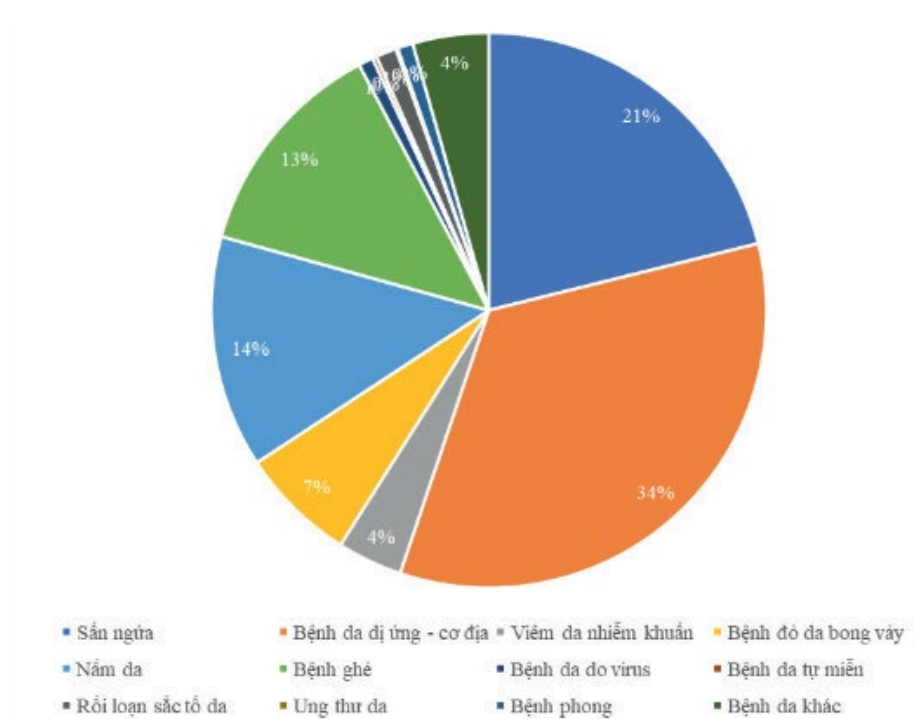
**Bảng 2. Đặc điểm chung về tuổi và giới của (người mắc bệnh da qua khám và chẩn đoán tại cộng đồng) đối tượng nghiên cứu (n = 4.534)**

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Giới tính</b>		
Nam	2.047	47,01
Nữ	2.307	52,99
<b>Tuổi</b>		
≤ 15	841	19,32%
> 15	3513	80,68%
Tuổi thấp nhất	1 tháng	
Tuổi cao nhất	94 tuổi	
Tuổi trung bình	39,47 ± 19,35	

Tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ được chẩn đoán mắc bệnh da là tương đương nhau. Tỷ lệ trẻ em ≤ 15 tuổi là 19,32%, tương đương với cơ cấu dân số theo nhóm tuổi.

### 3.2. Đặc điểm mô hình bệnh da tại 10 tỉnh

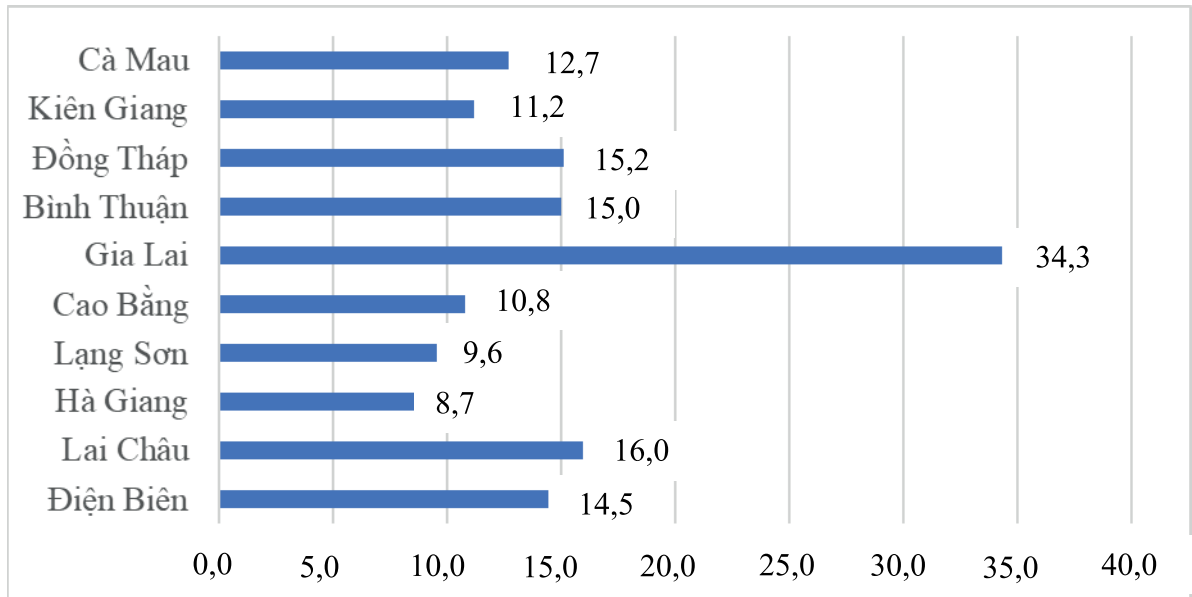
#### 3.2.1. Mô hình bệnh da theo nhóm bệnh tại 10 tỉnh



**Biểu đồ 1. Mô hình bệnh da của tất cả bệnh nhân được khảo sát tại 10 tỉnh (n = 4.354)**

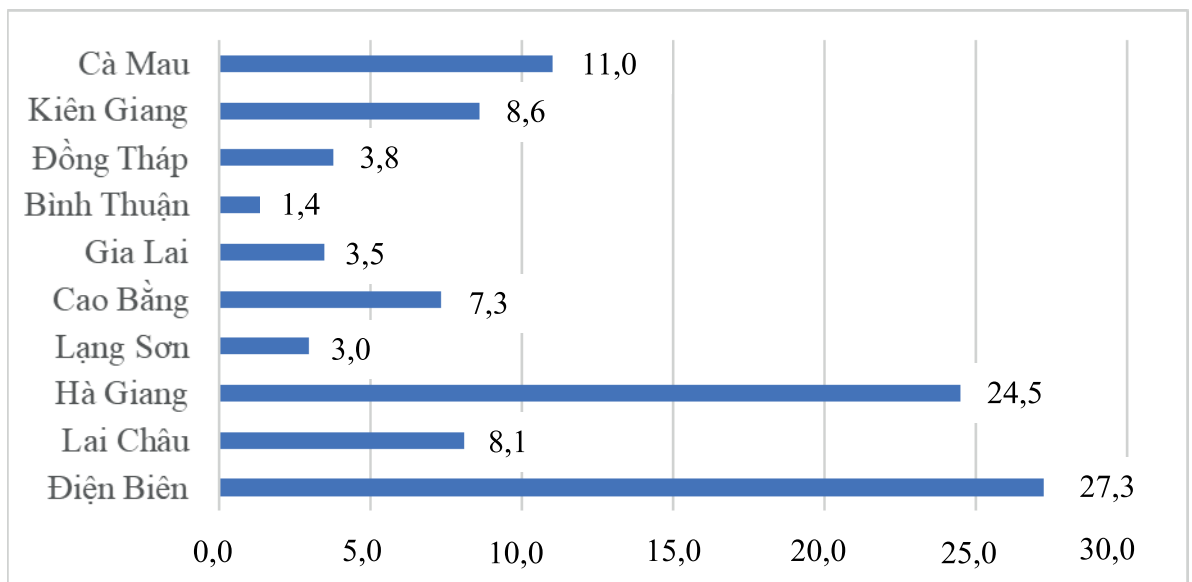
Trong tổng số 4.354 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh da của 10 tỉnh trong địa bàn nghiên cứu, bệnh da dị ứng - cơ địa chiếm tỷ lệ cao nhất với 34,1%. Bệnh sẩn ngứa chiếm 21,1%. Nhóm bệnh da nhiễm trùng chiếm 31,1%, trong đó nổi bật là nấm da và ghẻ, đóng góp tương ứng 13,5% và 13,0%.

### 3.2.2. So sánh tỷ lệ bệnh nhân thuộc các tỉnh khác nhau trong một số nhóm bệnh chính



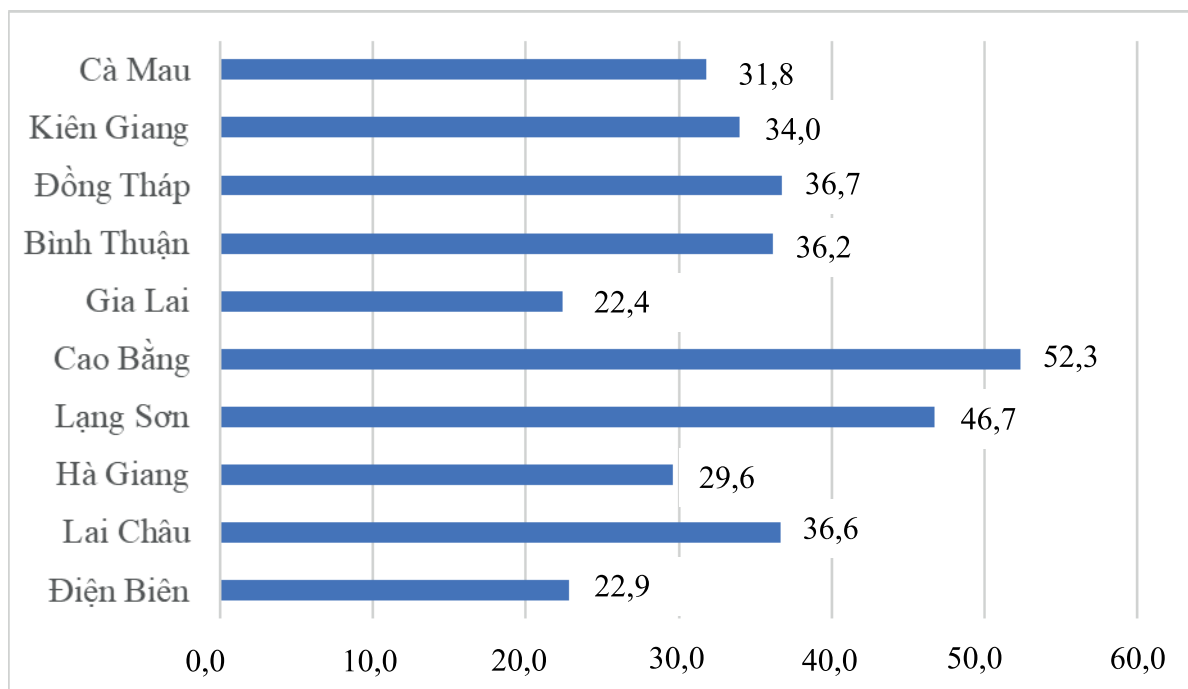
**Biểu đồ 2. Tỷ lệ nhiễm nấm da của các bệnh nhân ở 10 tỉnh (n = 4.354)**

Về tỷ lệ bệnh nấm da trong tổng số 4.354 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh da của 10 tỉnh được nghiên cứu, tỉnh Gia Lai có tỷ lệ bệnh nấm da cao nhất, chiếm 34,3%. Tỉnh Hà Giang có tỷ lệ thấp nhất với 8,7%.



**Biểu đồ 3. Tỷ lệ bệnh ghẻ của các bệnh nhân ở 10 tỉnh (n = 4.354)**

Về tỷ lệ bệnh ghẻ trong tổng số 4.354 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh da của 10 tỉnh được nghiên cứu, tỉnh Điện Biên có tỷ lệ cao nhất, chiếm 27,3%. Tỉnh Bình Thuận có tỷ lệ thấp nhất với 1,4%.



**Biểu đồ 4. Tỷ lệ bệnh da dị ứng - cơ địa của các bệnh nhân ở 10 tỉnh (n = 4.354)**

Về tỷ lệ bệnh da dị ứng - cơ địa trong tổng số 4.354 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh da của 10 tỉnh được nghiên cứu, tỷ lệ giữa các tỉnh khá tương đồng nhau, trong khoảng 20 đến 30%. Tuy nhiên ở tỉnh Cao Bằng, tỷ lệ bệnh da dị ứng - cơ địa lên tới 52,3%.

**3.2.3. Một số yếu tố liên quan đến mô hình bệnh da thường gặp tại cộng đồng**

**Bảng 3: Phân bố bệnh da theo vùng địa lý (n = 4.354)**

Nhóm bệnh	Miền Bắc (05 tỉnh)		Miền Trung, Tây Nguyên & Nam bộ (05 tỉnh)		Tổng (10 tỉnh)		P (kiểm định $\chi^2$ )
	n	%	n	%	n	%	
Sẩn ngứa	602	21,9	318	19,9	920	21,1	0,12
Bệnh da dị ứng - cơ địa	953	34,6	530	33,1	1.483	34,1	0,31
Viêm da nhiễm khuẩn	114	4,1	51	3,2	165	3,8	0,11
Bệnh đỏ da bong vảy	105	3,8	190	11,9	295	6,8	< 0,0001
Nấm da	334	12,1	255	15,9	589	13,5	0,004
Ghẻ	468	17,0	97	6,1	565	13,0	< 0,0001
Bệnh da do virus	21	0,8	16	1,0	37	0,8	0,41
Bệnh da tự miễn	7	0,3	4	0,2	11	0,3	0,978
Rối loạn sắc tố da	28	1,0	24	1,5	52	1,2	0,16
Ung thư da	1	0,0	4	0,2	5	0,1	0,04

Nhóm bệnh	Miền Bắc (05 tỉnh)		Miền Trung, Tây Nguyên & Nam bộ (05 tỉnh)		Tổng (10 tỉnh)		p (kiểm định $\chi^2$ )
	n	%	n	%	n	%	
Bệnh da khác	101	3,7	92	5,7	193	4,4	0,001
<b>Tổng</b>	<b>2.753</b>	<b>100,0</b>	<b>1601</b>	<b>100,0</b>	<b>4354</b>	<b>100,0</b>	

Trong số bệnh nhân được chẩn đoán bệnh da, các bệnh đồ da bong vảy (vảy nến, viêm da dầu) có tỷ lệ cao hơn ở các tỉnh miền Trung Tây Nguyên và miền Nam với 11,9%, trong khi đó con số này ở miền Bắc chỉ là 3,8% ( $p < 0,0001$ ). Đối với bệnh nấm, miền Trung Tây Nguyên và miền Nam có tỷ lệ bệnh nấm da cao hơn là 15,9%, miền Bắc là 12,1% ( $p = 0,004$ ). Bệnh ghẻ phổ biến ở miền Bắc hơn với tỷ lệ 17,0%, trong khi đó miền Trung Tây Nguyên và miền Nam chỉ có 6,1% ( $p < 0,0001$ ).

**Bảng 3. Phân bố bệnh da theo vùng địa lý (n = 4.354)**

Nhóm bệnh	$\geq 15$		$< 15$		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Sẩn ngứa	729	20,8	191	22,7	920	21,1	0,21
Bệnh da dị ứng - cơ địa	1.289	36,7	194	23,1	1.483	34,1	$< 0,0001$
Viêm da nhiễm khuẩn	92	2,6	73	8,7	165	3,8	$< 0,0001$
Bệnh đồ da bong vảy	284	8,1	11	1,3	295	6,8	$< 0,0001$
Nấm da	522	14,9	67	8,0	589	13,5	$< 0,0001$
Bệnh ghẻ	305	8,7	260	30,9	565	13,0	$< 0,0001$
Bệnh da do virus	34	1,0	3	0,4	37	0,8	0,08
Bệnh da tự miễn	11	0,3	0	0,0	11	0,3	
Rối loạn sắc tố da	45	1,3	7	0,8	52	1,2	0,28
Ung thư da	5	0,1	0	0,0	5	0,1	
Bệnh phong	38	1,1	1	0,1	39	0,9	
Bệnh da khác	159	4,5	34	4,0	193	4,4	0,54
<b>Tổng</b>	<b>3.513</b>	<b>100,0</b>	<b>841</b>	<b>100,0</b>	<b>4354</b>	<b>100,0</b>	

Theo nhóm tuổi, trong tổng số 4.354 người đến khám và được chẩn đoán bệnh da, có 841 trẻ em dưới 15 tuổi, chiếm 19,3%. Các bệnh da ở trẻ em có tỷ lệ cao hơn ở người lớn là viêm da nhiễm khuẩn (trẻ em là 8,7% so với người lớn là 2,6%,  $p < 0,0001$ ), bệnh ghẻ (trẻ em là 30,9% so với người lớn là 8,7%,  $p < 0,0001$ ). Các bệnh da ở người lớn phổ biến hơn là bệnh da dị ứng - cơ địa (trẻ em là 23,1% so với người lớn là 36,7%,  $p < 0,0001$ ), bệnh đồ da bong vảy (trẻ em là 1,3% so với người lớn là 8,1%,  $p < 0,0001$ ).

#### 4. BÀN LUẬN

Bệnh da liễu tuy không gây nguy hiểm tới tính mạng, nhưng sự đa dạng và thường xuyên của nó gây nên gánh nặng bệnh tật cho cộng đồng rất lớn ở mọi nơi và mọi lứa tuổi. Theo một thống kê về gánh nặng bệnh trên toàn cầu từ năm 1980 đến năm 2013 cho thấy, các bệnh da đứng hàng thứ tư trong gánh nặng bệnh tật toàn cầu với 1,79% từ 306 bệnh.<sup>1</sup> Hiện nay, phân loại bệnh bệnh da liễu phổ biến nhất



được áp dụng trong thực tế là phân loại ICD (viết tắt của International Classification of Diseases, có nghĩa là phân loại bệnh tật quốc tế).<sup>3</sup> Tại Việt Nam, phân loại bệnh da liễu vẫn còn tồn tại nhiều cách khác nhau. Tuy nhiên, hầu hết các tác giả đều chia bệnh da liễu thành ba nhóm: bệnh phong, bệnh lây truyền qua đường tình dục (LTQĐTD) và bệnh da, trong bệnh da lại chia thành các nhóm khác nhau: bệnh da dị ứng, viêm da nhiễm trùng, bệnh đỏ da bong vảy,...<sup>4</sup> Trong nghiên cứu này, do điều kiện khám, điều tra dịch tễ không có đầy đủ xét nghiệm để chẩn đoán xác định tất cả các bệnh, nên chúng tôi đã áp dụng cách phân loại theo nhóm bệnh.

Tổng cộng 4.354 bệnh nhân của 10 tỉnh Lạng Sơn, Lai Châu, Điện Biên, Cao Bằng, Hà Giang, Bình Thuận, Kiên Giang, Gia Lai, Đồng Tháp, Cà Mau đã được chẩn đoán mắc bệnh da thông qua thăm khám tại cộng đồng. Về tổng thể, tổng tỷ lệ nhóm bệnh da không nhiễm trùng là 68,9%, gấp hơn hai lần nhóm bệnh da nhiễm trùng, chiếm 31,1%. Kết quả này tương đồng với tác giả Mai Bá Hoàng Anh (2021) nghiên cứu mô hình bệnh da liễu ở đối tượng trên 15 tuổi tại Phòng khám Da liễu, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, kết quả cho thấy các bệnh lý không nhiễm trùng (71,1%) chiếm tỷ lệ cao gấp 2,5 lần bệnh lý nhiễm trùng (28,9%).<sup>5</sup> Aman S (2017) khảo sát mô hình bệnh da liễu của người dân Pakistan, một đất nước có quy mô dân số và kinh tế tương tự Việt Nam, kết quả, trong số 71.681 bệnh nhân, bệnh da nhiễm trùng bao gồm vi khuẩn, virus, nấm chiếm 28,16%, tương tự kết quả của chúng tôi.<sup>6</sup> Như vậy, bệnh da nhiễm trùng vẫn chiếm một tỷ lệ khá cao trong mô hình bệnh da thường gặp tại cộng đồng ở Việt Nam. Tuy nhiên, khi so sánh với kết quả của các nghiên cứu điều tra dịch tễ đã được thực hiện trước đây, chúng tôi thấy tỷ lệ này có xu hướng giảm dần. Nghiên cứu của Nguyễn Duy Hưng và cộng sự được thực hiện năm 2011 tại 17 xã ở 7 tỉnh gồm: Yên Bái, Quảng Nam,

Bình Phước, Gia Lai, Kon Tum, Kiên Giang, Cà Mau, kết quả, bệnh da nhiễm trùng chiếm tỷ lệ cao nhất, xấp xỉ 40%, bệnh da tự miễn chiếm tỷ lệ thấp nhất.<sup>7</sup>

Về nhóm bệnh da dị ứng - cơ địa, tỷ lệ trong mô hình bệnh da thường gặp của 10 tỉnh là 34,1%, chiếm tỷ lệ cao nhất trong tất cả các nhóm bệnh. Ở mỗi tỉnh, nhóm bệnh da dị ứng - cơ địa đều chiếm tỷ lệ cao, trong khoảng 25% đến 35%. Kết quả này tương đồng với Nguyễn Hữu Thuấn (2014) nghiên cứu cơ cấu bệnh tật của bệnh nhân tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Da liễu Trung ương năm 2014, tỷ lệ bệnh viêm da dị ứng là 32,5%.<sup>8</sup> Điều này cho thấy, bệnh da dị ứng - cơ địa rất phổ biến ở tất cả các vùng trên cả nước.

Phân tích mô hình bệnh da theo vùng địa lý, chúng tôi chia thành hai vùng: Miền Bắc (5 tỉnh: Lai Châu, Điện Biên, Hà Giang, Cao Bằng, Lạng Sơn), miền Trung Tây Nguyên và miền Nam (5 tỉnh: Gia Lai, Bình Thuận, Đồng Tháp, Kiên Giang, Cà Mau). Giữa hai vùng, với khí hậu cũng như địa hình khác nhau, có sự khác nhau nhất định về mô hình bệnh da. Các bệnh đỏ da bong vảy (vảy nến, viêm da dầu) có tỷ lệ cao hơn ở các tỉnh miền Trung Tây Nguyên và miền Nam với 11,9%, trong khi đó, con số này ở miền Bắc chỉ là 3,8% ( $p < 0,0001$ ). Miền Trung Tây Nguyên và miền Nam với khí hậu nóng ẩm cũng có tỷ lệ bệnh nấm da cao hơn là 15,9%, miền Bắc là 12,1% ( $p = 0,004$ ). Bệnh ghẻ phổ biến ở miền Bắc hơn với tỷ lệ 17,0%, trong khi đó miền Trung Tây Nguyên và miền Nam chỉ có 6,1% ( $p < 0,0001$ ). Tại các tỉnh miền Bắc, đặc biệt tại Điện Biên và Hà Giang, điều kiện sinh hoạt còn khó khăn, thiếu nước sạch nên việc lây lan bệnh ghẻ rất dễ dàng. Tại Điện Biên, chúng tôi thấy rằng bệnh ghẻ có xu hướng hình thành các ổ dịch tại các cụm dân cư và các điểm trường có học sinh nội trú. Các nhóm bệnh khác như bệnh sẩn ngứa, bệnh da dị ứng cơ địa, bệnh da nhiễm khuẩn, bệnh da do virus, bệnh



da tự miễn, bệnh rối loạn sắc tố da... không có sự khác biệt giữa hai vùng.

Theo nhóm tuổi, có 841 trẻ em đến khám (chiếm 19,3%). Các bệnh da ở trẻ em có tỷ lệ cao hơn ở người lớn là viêm da nhiễm khuẩn (trẻ em là 8,7% so với người lớn là 2,6%,  $p < 0,0001$ ), bệnh ghẻ (trẻ em là 30,9% so với người lớn là 8,7%,  $p < 0,0001$ ). Các bệnh da ở người lớn phổ biến hơn là bệnh da dị ứng - cơ địa (trẻ em là 23,1% so với người lớn là 36,7%,  $p < 0,0001$ ), bệnh đốm da bong vảy (trẻ em là 1,3% so với người lớn là 8,1%,  $p < 0,0001$ ). Võ Tường Thảo Vy (2021) nghiên cứu mô hình bệnh da liễu nhi khoa tại Phòng khám Da liễu, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế, kết quả: ba bệnh da phổ biến nhất lần lượt là viêm da (35,3%), nấm da (11,7%) và chốc (9,4%).<sup>9</sup> Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân chính là do tỷ lệ bệnh ghẻ cao đột biến, xuất phát từ các ổ dịch ghẻ tại các trường dân tộc nội trú của tỉnh Điện Biên.

## 5. KẾT LUẬN

Theo kết quả điều tra dịch tễ của chúng tôi, bệnh da liễu rất phổ biến trong cộng đồng dân cư, trong đó nhóm bệnh phổ biến nhất là bệnh da dị ứng - cơ địa. Nhóm bệnh da nhiễm trùng, dù có xu hướng giảm so với trước đây, nhưng vẫn chiếm tỷ lệ cao, nổi trội là bệnh ghẻ ở khu vực miền núi phía Bắc và bệnh nấm da ở khu vực Tây Nguyên.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Karimkhani C, Dellavalle RP, Coffeng LE, Flohr C, Hay RJ, Langan SM, et al (2017). "Global skin disease morbidity and mortality: an update from the global burden of disease study", *JAMA Dermatol*, 153(5), pp. 406-412. doi: 10.1001/jamadermatol.2016.5538.

2. Urban K, Chu S, Giese RL, Mehrmal S, Uppal P, Delost ME, Delost GR (2020). Burden of skin disease and associated socioeconomic status in Asia: A cross-sectional analysis from the Global Burden of Disease Study 1990-2017. *JAAD Int*. 2020 Dec 10;2:40-50. doi: 10.1016/j.jdin.2020.10.006.

3. Lê Ngọc Trọng và Trần Thu Thủy (2007). Bảng phân loại quốc tế bệnh tật ICD-10, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 5-16, 461-483.

4. Nguyễn Duy Hưng và cộng sự (2011). "Tình hình bệnh da tại xã Na Son, Xa Dung, Pì Nhừ, huyện Điện Biên Đông, tỉnh Điện Biên", *Da liễu học Việt Nam*, 4, tr. 18-22.

5. Mai Bá Hoàng Anh và cộng sự (2021). Mô hình bệnh da liễu ở đối tượng trên 15 tuổi tại Phòng khám Da liễu, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. *Tạp chí Y học Lâm sàng - Số 70/2021*.

6. Aman S, Nadeem M, Mahmood K, Ghafoor MB (2017). Pattern of skin diseases among patients attending a tertiary care hospital in Lahore, Pakistan. *J Taibah Univ Med Sci*. 2017;12(5):392-396. doi:10.1016/j.jtumed.2017.04.007.

7. Nguyễn Duy Hưng và cộng sự (2011). "Khảo sát tình hình bệnh da và bệnh phong tại một số xã của các tỉnh tiến hành điều tra dịch tễ năm 2011", *Da liễu học Việt Nam*, 1, tr. 22-26.

8. Nguyễn Hữu Thuận, Trương Việt Dũng (2015). Cơ cấu bệnh tật của bệnh nhân tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Da liễu Trung ương năm 2014.

9. Võ Tường Thảo Vy và cộng sự (2021). Khảo sát mô hình bệnh da liễu nhi khoa tại Phòng khám Da liễu, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế - Số 2*, tập 11, tháng 4/2021.



## SUMMARY

*Original research*

### **PATTERN OF COMMON SKIN DISEASES IN 10 PROVINCES IN THE EPIDEMIOLOGIC INVESTIGATION (2022) OF THE NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY IN VIETNAM**

**Dinh Huu Nghi<sup>1,2</sup>, Nguyen Mau Trang<sup>1</sup>, Le Thi Mai<sup>1</sup>, Ha Tuan Minh<sup>1</sup>, Ho Phuong Thuy<sup>1</sup>, Vu Thanh Tung<sup>1</sup>, Nguyen Manh Tan<sup>1</sup>, Duong Phuc Hieu<sup>1</sup>, Nguyen Thi Ngoc Anh<sup>1</sup>, Ha Anh Minh<sup>1</sup>, Le Huu Doanh<sup>1,2\*</sup>**

#### **ABSTRACT**

**Objectives:** Skin diseases have a high incidence and seriously affect quality of life. To have an overview of common skin disease patterns in the community, we conducted this study with the aim of surveying the characteristics of common skin disease patterns in 10 provinces in the Northern and Southern regions.

**Materials and methods:** Descriptive study. All patients diagnosed with skin diseases (4,354 patients) during the epidemiologic investigation were classified and grouped.

**Results:** Atopic-allergic skin diseases had the highest rate with 34.1%, followed by prurigo with 21.1%. Infectious skin diseases accounted for 31.1%, of which skin fungus contributed 13.5%. In particular, 8 patients were first diagnosed with leprosy.

**Conclusions:** According to the results of our epidemiological investigation, atopic - allergic skin diseases accounted for the highest proportion in the pattern of common skin diseases in the community. However, the group of infectious skin diseases, especially skin fungus and scabies, still accounts for a high proportion, especially in the Northern mountainous areas and the Central Highlands.

**Keywords:** *Common skin disease, disease pattern, leprosy.*

---

1: National Hospital of Dermatology and Venereology

2: Hanoi Medical University

\*Correspondence email: lehuudoanh@gmail.com