

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN NẤM DA DO VI NẤM SỢI TƠ TẠI TỈNH BÌNH THUẬN

Huỳnh Phan Ngọc Bửu¹Trần Thị Hồng Diễm²

TÓM TẮT

Title: *Clinical characteristics and related factors in patients with skin hygiene in Binh Thuan Province*

Từ khóa: Nấm sợi tơ, Bình Thuận, nấm sợi tơ và Bình Thuận

Keywords: Mycelium mushrooms, Binh Thuan, mycelium mushrooms and Binh Thuan

Lịch sử bài báo

Ngày nhận bài: 10/3/2023

Ngày nhận kết quả bình duyệt: 25/5/2023

Ngày chấp nhận đăng bài: 29/5/2023

Tác giả:

¹Trường Đại học Trà Vinh

² Trường Đại học Phan Thiết

Email liên hệ:

huynhphanngocbuu@gmail.com

Bệnh nấm da phổ biến nhưng dễ bị bỏ sót hay do lạm dụng thuốc kéo dài làm triệu chứng không còn điển hình, gây biến chứng và khó khăn trong chẩn đoán, điều trị. Nghiên cứu cắt ngang trên 196 bệnh nhân (BN) bị nấm da do vi nấm sợi tơ tại Bệnh viện Da liễu Bình Thuận nhằm xác định đặc điểm lâm sàng và mối liên quan. Kết quả cho thấy triệu chứng cơ năng chiếm tỉ lệ cao là ngứa (65,8%), đau rát da (52,6%); phần lớn sang thương hồng ban đa cung, giới hạn rõ và hình ảnh hồng ban có bờ nhô cao, lành ở trung tâm, có vẩy; thân là vị trí mắc nấm thường gặp nhất, kế đến là mặt, bẹn. BN >30 tuổi mắc nấm bẹn gấp 1,6 lần, nấm mặt gấp 1,61 lần và nấm bàn chân gấp 2,45 lần BN ≤ 30 tuổi; nam mắc nấm bẹn gấp 2,26 lần và nấm bàn chân gấp 1,78 lần nữ. Vì vậy cần tập trung tuyên truyền bệnh nấm da cho người >30 tuổi, nam giới, quan tâm các yếu tố: đổ mồ hôi nhiều, quần áo chật, mặc quần áo chung, đi giày dép chật để tư vấn và điều trị.

ABSTRACT

Skin fungal diseases are common but easily missed, or due to prolonged drug abuse that makes the symptoms no longer typical, causing complications and difficulties in diagnosis and treatment. A cross-sectional study on 196 patients with dermatophytosis, caused by filamentous fungi at Binh Thuan Dermatology Hospital, determined clinical features and associations. The results showed that a high percentage of functional symptoms were itching (65.8%), skin-burning pain (52.6%). Most erythematous lesions are well-defined, well-defined and have raised margins, are central, and are scaly; The body is the most common site of fungal infection, followed by the face and groin. Patients >30 years old have inguinal fungus 1.6 times, facial fungus 1.61 times, and foot fungus 2.45 times more than patients ≤ 30 years old; Men have inguinal fungus 2.26 times and foot fungus 1.78 times more than women. Therefore, it is necessary to focus on propagating fungal skin diseases for people > 30 years old, men, paying attention to the following factors: sweating a lot, tight clothes, sharing clothes, wearing tight shoes, for advice and treatment.

1. Đặt vấn đề

Vi nấm sợi tơ là vi nấm thường gặp nhất trong các loại vi nấm gây bệnh ở da người. Bệnh nấm da do vi nấm sợi tơ phổ biến ở khắp nơi trên thế giới, ảnh hưởng đến 20-25% dân số toàn cầu, với 30-70% người trưởng thành là người lành mang mầm bệnh (Kim et al., 2016; Sahoo & Mahajan, 2016; Silva et al., 2014). Ở Đông Nam Á, bệnh nấm da chiếm 40-60% tổng số bệnh da (Xuân, 2012). Tại Việt Nam, bệnh nấm da đứng hàng thứ hai sau bệnh chàm, tỉ lệ hiện mắc nấm da ở các khu vực và địa phương khác nhau vào khoảng 5-15% (Mai, 2015).

Bệnh không nguy hiểm đến tính mạng nên dễ bị bỏ quên, bỏ sót hay do lạm dụng thuốc bôi kháng nấm có corticoid kéo dài, làm triệu chứng không còn điển hình, thương tổn nấm có thể lan rộng, lây lan cho cộng đồng, gây biến chứng chàm hóa hay bội nhiễm vì vậy gây khó khăn trong chẩn đoán và điều trị (Pires et al., 2014; Shalaby et al., 2016). Bệnh không những ảnh hưởng đến sức khỏe mà còn ảnh hưởng đến tâm lý, chất lượng cuộc sống và kinh tế cho toàn xã hội (Maraki & Mavromanolaki, 2016).

Bình Thuận có khí hậu nóng ẩm, số lượng BN đến điều trị nấm da nói chung và vi nấm sợi tơ ngày càng gia tăng.

Chính vì vậy, cần thiết phải nghiên cứu nhằm: Xác định đặc điểm lâm sàng của bệnh nấm da do vi nấm sợi tơ và tìm mối liên quan giữa đặc điểm dịch tễ và vị trí thương tổn da do vi nấm sợi tơ.

2. Tổng quan nghiên cứu, cơ sở lý thuyết và phương pháp nghiên cứu

Vi nấm sợi tơ là vi nấm cạn sống và phát triển ở lớp sừng của da nên chỉ gây bệnh ở da và các phần phụ của da (lông, tóc, móng), không gây bệnh ở niêm mạc và cơ quan nội tạng (Hinh, 2013). Chúng có khoảng 40 loài khác nhau được xếp vào các giống

Microsporum,
Epidermophyton.

Trichophyton,

Bệnh nấm da có ở khắp nơi trên thế giới, trong đó sợi tơ nấm có vách ngăn là loại thường gặp nhất trong các bệnh nấm da do vi nấm cạn trên người, gây ảnh hưởng 20-25% dân số toàn cầu. Loại vi nấm hay gặp nhất ở da là dạng sợi tơ nấm vách ngăn (Tuấn et al., 2019). Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Nhiều loài gặp ở khắp thế giới: *T. rubrum*, *T. mentagrophytes*, *M. canis*, *M. gypseum*, *E. floccosum*...

Tổn thương cơ bản của nấm da là những mảng hồng ban, giới hạn rõ hình tròn hay đa cung, có mụn nước ở rìa. Bờ thương tổn thường liên tục, đôi khi không liên tục. Các thương tổn ngày càng lan rộng, liên kết với nhau tạo thành hình đa cung, có xu hướng lành ở trung tâm. Vảy nhỏ, khô, thường ở bờ viền nhưng cũng có thể ở bề mặt tổn thương. BN thường ngứa, nhất là khi có nhiều mồ hôi, ra nắng. Càng gãi nhiều, BN càng ngứa nhiều, làm sang thương da sưng tấy, chảy nước, đôi khi nhiễm khuẩn, gây sốt và hạch vùng lân cận. Nếu không điều trị đúng và đủ liều, bệnh trở thành mạn tính, chàm hóa hay lichen hóa, thậm chí viêm da mủ, nhiễm trùng huyết, viêm cầu thận.

Tại Nhật Bản (2011), khảo sát 36.052 BN, vi nấm sợi tơ chiếm tỉ lệ cao nhất 82,7% và nấm chân là dạng lâm sàng nhiều nhất 64,76%, tỉ lệ nam/nữ là 980:950 (1,03). Nấm thân 203 BN (nam: 65,02%; nữ: 34,98%); nấm đùi 112 BN (nam: 76,78%; nữ: 23,21%); nấm tay 43 BN (nam: 58,13%; nữ: 41,86%). Bệnh tăng vào mùa hè, chủ yếu xảy ra ở dân số già (Sei, 2015). Trong nghiên cứu ở Ấn Độ (2012), 300 BN đến khám, vi nấm sợi tơ chiếm 84,67%, tỉ lệ cao nhất trong độ tuổi 21-30 (30,3%), tỉ lệ nam/nữ là 2,16. Tầng lớp trung lưu mắc bệnh nấm da từ 46,3%-60%; nông dân bị nấm da 39%, học sinh 37,3%, sinh viên và lao động chân tay 15%. Nấm thân là dạng lâm sàng thường gặp

nhất 37,3%, nắm hỗn hợp 14,7%, nắm đùi 13,7%, nắm chân 3,7%, nắm mặt 3%, nắm tay 2% (Yadav et al., 2013).

Theo kết quả “*Nghiên cứu một số đặc điểm và kết quả điều trị nấm da ở BN đến khám và điều trị tại Trung tâm chống Phong - Da liễu Nghệ An 2015 - 2016*” của Nguyễn Thái Dũng cho thấy bệnh nấm da gặp ở tuổi từ 2-82 tuổi, nam giới chiếm 66,3%. Tỷ lệ BN mắc bệnh dưới 3 tháng là 35,3%; từ 3 - 6 tháng là 31,5%; trên 3 tháng là 33,2%. Triệu chứng hay gặp là ngứa 95,1%, tổn thương ranh giới rõ (99,4%), dát đỏ (98,3%), vảy da (98,3%), mụn nước ở bờ tổn thương (94,0%), lành giữa tổn thương (85,3%), bờ liên tục (81,5 %) (Dũng, 2017).

3. Nội dung

3.1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu thiết kế cắt ngang mô tả thực hiện trên 196 BN bị nấm da do vi nấm sợi tơ (BN) tại Bệnh viện Da liễu tỉnh Bình Thuận từ 05-09/2022. Với tiêu chí chọn vào: BN hội đủ tất cả các tiêu chuẩn sau: Đồng ý tham gia nghiên cứu, lâm sàng được chẩn đoán bệnh nấm da với sang thương da là mảng hồng ban, giới hạn rõ, tròn hoặc đa cung, có mụn nước ở rìa, diễn tiến ly tâm, tróc vảy, ngứa, phân bố khu trú, không đối xứng một vùng cơ thể và soi tươi bệnh phẩm trực tiếp với KOH 20% có hình ảnh sợi tơ nấm có vách ngăn và bào tử đốt. Tiêu chuẩn loại ra: BN đã xác định được điều trị bằng những chế phẩm bôi 1- 2 tuần hoặc uống để điều trị sang thương da đang có trong vòng 1 tháng.

Chọn toàn bộ BN trong thời gian nghiên cứu. Chọn mẫu bằng kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện tức là chọn những BN thỏa mãn các tiêu chí chọn mẫu cho đến khi đủ cỡ mẫu cần thiết cho nghiên cứu.

Quy trình thu thập số liệu gồm 2 bước: Bước 1: Chọn bệnh, bước 2: Thu thập dữ liệu.

Nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1, xử lý số liệu bằng phần mềm R. Dùng phép kiểm Chi bình phương (χ^2) để kiểm định mối liên quan giữa các biến số định tính hoặc kiểm định chính xác Fisher (khi tần số lý thuyết nhỏ hơn 5 hay có $> 20\%$ số ô có vọng trị nhỏ hơn 5). Xác định mức độ liên quan bằng giá trị PR và khoảng tin cậy 95%.

3.2. Kết quả nghiên cứu

3.2.1. Bệnh sử và yếu tố nguy cơ

Bảng 1. Thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh	Tần số	Tỉ lệ
< 3 tháng	70	35,7
3-6 tháng	37	18,9
> 6 tháng	89	45,4

Hơn 45% BN có thời gian mắc bệnh >6 tháng, 35,7% BN có thời gian mắc bệnh <3 tháng. Có thể do BN tự mua thuốc kháng nấm, thuốc có corticosteroid theo kinh nghiệm để sử dụng làm bệnh có giảm nhưng không hết mà kéo dài thời gian bị bệnh (Pires et al., 2014; Verma & Madhu, 2017). Kết quả này gần giống với kết quả nghiên cứu của Agarwal (Agarwal, 2014). Đây là nguồn lây bệnh trong cộng đồng, chính vì vậy ngành y tế cần tăng cường hơn nữa công tác truyền thông giáo dục sức khỏe.

Bảng 2. Phân bố theo yếu tố thuận lợi

Yếu tố thuận lợi	Tần số	Tỉ lệ %
Mặc quần áo chung người khác	52	26,5
Thói quen mặc quần áo chật	98	50
Đổ mồ hôi nhiều, thường xuyên	107	54,6
Đi giày dép chật, bịt kín	58	29,6

Kết quả nghiên cứu cho thấy 54,6% BN mắc bệnh nấm do vi nấm sợi tơ có đồ mồ hôi nhiều, người luôn ẩm ướt, 50% BN có thói quen mặc quần áo chật, 29,6% BN đi giày dép chật bít kín và 26,5% BN có mặc chung quần áo với người khác.

Đa số BN có yếu tố thuận lợi là đồ mồ hôi nhiều, thường xuyên, kết quả này phù hợp với kết quả của các tác giả Lê Trần Anh, Nguyễn Thái Dũng mặc quần áo ẩm ướt, đồ mồ hôi nhiều thường xuyên làm tăng nguy cơ bị nấm da (Anh & Cs, 2014; Dũng, 2017). Nghiên cứu của Nguyễn Thái Dũng chứng minh rằng: Người hay mặc quần áo ẩm, hay tiếp xúc nước, hay đi giày, làm việc ngoài trời có nguy cơ mắc nấm da cao hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Dũng, 2017). Vi nấm da tăng trưởng và hình thành bào tử tối đa ở điều kiện độ ẩm tương đối cao (75% - 95%) (Dũng, 2017).

Bảng 3. Tiền sử bản thân

Tiền sử bản thân	Tần số	Tỉ lệ %
Đái tháo đường	24	12,2
Chàm thể tạng	42	21,4
Đang dùng thuốc corticosteroid	10	5,1

BN có bệnh chàm thể tạng đi kèm chiếm tỉ lệ cao nhất (21,4%), kế tiếp là bệnh đái tháo đường (12,2%), đang dùng thuốc corticosteroid chiếm 5,1%. Kết quả có sự tương đồng với của Hồ Thị Ngọc Khương với 12,9% BN có bệnh chàm thể tạng, 10,9% BN có tiền căn đái tháo đường và 5% BN đã bôi thuốc có corticosteroid trước (Khương, 2017). Như vậy, BN có tiền căn chàm thể tạng chiếm ưu thế hơn đái tháo đường. Đây là những cơ địa có các rối loạn về lớp sừng da, rối loạn miễn dịch cơ thể, rối loạn về tuần hoàn ngoại vi cũng như đã bôi nhiều loại thuốc có corticosteroid, làm suy yếu lớp da bảo vệ cơ thể, tạo điều kiện thuận lợi để vi nấm xâm nhập vào da (Verma & Madhu, 2017).

Bảng 4. Tiền sử của gia đình

Tiền sử gia đình mắc bệnh nấm da	Tần số	Tỉ lệ %
Có	104	53,1
Không	92	46,9

BN có tiền sử gia đình mắc bệnh nấm da chiếm 53,1%. Tỉ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Hồ Thị Ngọc Khương thực hiện tại Tp.Hồ Chí Minh (Khương, 2017). Nhưng kết quả phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thái Dũng sống tập thể tăng nguy cơ mắc bệnh nấm da (Dũng, 2017). Nấm da có thể lây lan giữa các thành viên trong gia đình khi tiếp xúc hoặc dùng chung đồ dùng cá nhân vì vậy khi sống chung nấm sẽ có thể lây lan giữa các thành viên.

3.3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 5. Phân bố theo triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng	Tần số	Tỉ lệ %
Ngứa	129	65,8
Đau rát da	103	52,6
Khó chịu, ngứa khi mặc đồ lót, chật	72	36,7
Vận động nhiều làm phát ban nhiều hơn, triệu chứng nặng hơn	52	26,5

Triệu chứng cơ năng chiếm tỉ lệ cao nhất là ngứa (65,8%), đau rát da (52,6%). Khó chịu, ngứa khi mặc đồ lót, chật và vận động nhiều làm phát ban nhiều hơn, triệu chứng nặng hơn chiếm tỉ lệ thấp hơn, tỉ lệ tương ứng là 36,7% và 26,5%. Như vậy, triệu chứng ngứa, đau rát chiếm phần lớn, cảm giác khó chịu, ngứa tăng khi mặc đồ chật. Kết quả này phù hợp với tác giả Nguyễn Thái Dũng và Mahalakshmi (Dũng, 2017; Mahalakshmi et al., 2017).

Bảng 6. Phân bố theo triệu chứng thực thể

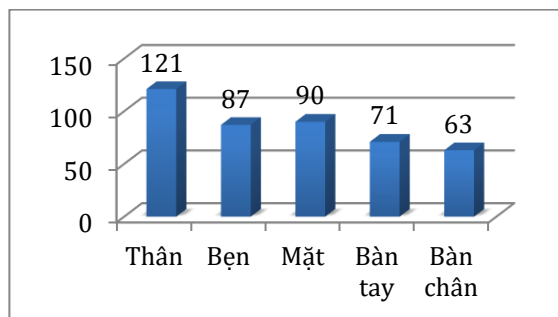
Triệu chứng thực thể	Tần số	Tỉ lệ %
Hình dạng hồng ban Đa cung Tròn	164 32	83,7 16,3
Giới hạn sang thương Rõ Không rõ	105 91	53,6 46,4
Da căng, khô Có Không	107 89	54,6 45,4
Đỏ da Có Không	135 61	68,9 31,1
Sang thương có xu hướng lành ở trung tâm Có Không	130 66	66,3 33,7
Bề mặt sang thương có vảy Có Không	139 57	70,9 29,1
Hạch Có Không	0 196	0 100

Hình dạng thương tổn đa cung chiếm 83,7%, chỉ có 16,3% hình dạng thương tổn hình tròn. Bờ sang thương giới hạn rõ chiếm 53,6%, không rõ chiếm 46,4%. Hình ảnh lâm sàng này phù hợp với các y văn và nghiên cứu của Nguyễn Thái Dũng (Dũng, 2017).

Sang thương da căng khô chiếm 54,6%, đỏ da chiếm 68,9%. Sang thương có xu hướng lành trung tâm chiếm 66,3%. Bề mặt sang thương có vảy chiếm 70,9 % và không có BN có hạch.

Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Hồ Thị Ngọc Khương với tỉ lệ hình dạng thương tổn đa cung và giới hạn rõ tương ứng 95% và

84,2%, nghiên cứu cũng cho thấy rằng sang thương nổi da có dạng hồng ban đa cung, giới hạn rõ, bờ nhô cao chiếm đa số, phần lớn chúng lành ở trung tâm và bề mặt có vảy (Khương, 2017).



Hình 1. Phân bố theo vị trí nổi

Nổi ở thân là vị trí sang thương chiếm tỉ lệ cao nhất 61,7%, sau đó theo vị trí giảm dần là mặt (45,9%), bẹn (44,4%). Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thái Dũng, nổi ở thân là vị trí thường gặp nhất, kế đến là nổi bẹn và thứ ba là nổi mặt (Dũng, 2017). Kết quả nổi bàn tay và bàn chân trong nghiên cứu này chiếm tỉ lệ cao hơn, bàn tay (36,2%) và bàn chân (32,1%) trong khi đó nghiên cứu của Hồ Thị Ngọc Khương tỉ lệ nổi bàn tay, bàn chân đều là 2% (Khương, 2017). Có thể vì đặc điểm nghề nghiệp tại Bình Thuận đa số là lao động chân tay, thường xuyên tiếp xúc với nước, điều kiện môi trường ẩm ướt nên bàn tay, bàn chân có tỉ lệ nhiễm nổi cao hơn.

Bảng 7. Phân bố theo diện tích sang thương da

Diện tích sang thương da	Tần số	Tỉ lệ %
≤1% diện tích cơ thể	84	42,9
2-5% diện tích cơ thể	93	47,4
> 5% diện tích cơ thể	19	9,7

Đa số BN có diện tích sang thương 2-5% (47,4%) và ≤1% (42,9%). Vậy, phần lớn BN có sang thương da ≤5% diện tích cơ thể. Kết quả tương ứng với chiếm kết quả của Nguyễn Thái Dũng, diện tích sang thương nấm da trên 5% diện tích cơ thể chiếm thấp nhất (Dũng, 2017).

3.2.3. Mối liên quan giữa đặc điểm dịch tễ và vị trí thương tổn

Bảng 8. Mối liên hệ giữa nấm bẹn và nhóm tuổi

Tuổi	Nấm bẹn		P value	PR (KTC95%)
	Có	Không		
≤ 30 tuổi	33 (34)	64 (66)	0,004	1,6 (1,4-2,24)
> 30 tuổi	54 (54,5)	45 (45,5)		

Tỉ lệ BN >30 tuổi mắc nấm bẹn cao gấp 1,6 lần (KTC 95%: 1,4-2,24) so với BN ≤30 tuổi.

Bảng 9. Mối liên hệ giữa nấm mặt và nhóm tuổi

Tuổi	Nấm mặt		P value	PR (KTC95%)
	Có	Không		
≤ 30 tuổi	34 (35,1)	63 (64,9)	0,003	1,61 (1,16-2,23)
> 30 tuổi	56 (56,6)	43 (43,4)		

Tỉ lệ BN >30 tuổi mắc nấm mặt cao gấp 1,61 lần (KTC 95%: 1,16-2,23) so với BN ≤30 tuổi.

Bảng 10. Mối liên hệ giữa nấm bàn chân và nhóm tuổi

Tuổi	Nấm bàn chân		P value	PR (KTC95%)
	Có	Không		
≤ 30 tuổi	18 (18,6)	79 (81,4)	<0,05	2,45 (1,56-3,85)
> 30 tuổi	45 (45,5)	54 (54,5)		

Tỉ lệ BN >30 tuổi mắc nấm bàn chân cao gấp 2,45 lần (KTC 95%: 1,56-3,85) so với BN ≤30 tuổi.

Bệnh nấm da có ở mọi lứa tuổi, độ tuổi chiếm nhiều nhất trong nghiên cứu là 16-30 tuổi, chiếm tỉ lệ 48,8% (75,14%) (Tuấn et al., 2019). Một số nghiên cứu về tỷ lệ bệnh nấm ở da hoặc bệnh nấm móng theo độ tuổi cho thấy có sự khác nhau ở các độ tuổi, và độ tuổi nào có tỷ lệ bệnh cao nhất cũng khác nhau tùy nghiên cứu.

Bảng 11. Mối liên quan giữa nấm bẹn và giới tính

Giới tính	Nấm bẹn		P value	PR (KTC95%)
	Có	Không		
Nam	56 (64,4)	31 (35,6)	<0,05	2,26 (1,63-3,13)
Nữ	31 (28,4)	78 (71,6)		

Tỉ lệ BN nam mắc nấm bẹn cao gấp 2,26 lần (KTC 95%: 1,63-3,13) so với BN nữ. Nấm sợi tơ ở bẹn ở gấp ở nam nhiều hơn nữ do: nam mặc quần áo chật hơn nữ, vùng bìu hoặc da vùng bẹn của nam có thể có nhiều vùng bịt kín hơn, nam lao động nhiều hơn nữ nên vùng này dễ bị hầm và ẩm ướt trong một thời gian dài.

Bảng 12. Mối liên quan giữa nấm bàn tay và giới tính

Giới tính	Nấm bàn tay		P value	PR (KTC95%)
	Có	Không		
Nam	24 (27,6)	63 (72,4)	0,02	1 (1,03-2,36)
Nữ	47 (43,1)	62 (56,9)		

Tỉ lệ BN nữ mắc nấm bàn tay cao gấp 1,56 lần (KTC 95%: 1,03-2,36) so với BN nam. Nấm sợi tơ ở bàn tay ở nữ nhiều hơn nam vì tính chất công việc, nội trợ vì vậy thời gian tiếp xúc với môi trường nước, ẩm ướt là điều kiện thuận lợi cho vi nấm phát triển gây bệnh.

Bảng 13. Mối liên quan giữa nấm bàn chân và giới tính

Giới tính	Nấm bàn chân		P value	PR (KTC95%)
	Có	Không		
Nam	37	50	0,005	1,78 (1,16-2,74)
Nữ	(42,5)	(57,5)		
	26	83		
	(23,9)	(76,1)		

Tỉ lệ BN nam mắc nấm bàn chân cao gấp 1,78 lần (KTC 95%: 1,16-2,74) BN nữ. Nấm sợi tơ ở bàn chân là vị trí thường gặp của vi nấm sợi tơ, nam nhiều hơn nữ phù hợp với kết quả nghiên cứu. Bệnh thường gặp ở nam vì họ thường có thói quan mang giày, bít tất bí hơi.

Kết luận

Triệu chứng cơ năng chiếm tỉ lệ cao nhất là ngứa (65,8%), đau rát da (52,6%). Khó chịu, ngứa khi mặc đồ lót, chật và vận động nhiều làm phát ban nhiều hơn, triệu chứng nặng hơn chiếm tỉ lệ thấp hơn. Hồng ban đa cung, sang thương giới hạn rõ chiếm đa số. Phần lớn có hình ảnh hồng ban có bờ nhô cao, lành ở trung tâm và có vẩy. Thân là

vị trí mắc nấm thường gặp nhất, kể đến là mặt, bẹn. Đa số BN có diện tích sang thương 2-5% (47,4%) và $\leq 1\%$ (42,9%).

Tỉ lệ BN > 30 tuổi mắc nấm bẹn cao gấp 1,6 lần, mắc nấm mặt cao gấp 1,61 lần và mắc nấm bàn chân cao gấp 2,45 lần BN ≤ 30 tuổi. Tỉ lệ BN nam mắc nấm bẹn cao gấp 2,26 lần và nấm bàn chân cao gấp 1,78 lần BN nữ. Tỉ lệ BN nữ mắc nấm bàn tay cao gấp 1,56 lần BN nam.

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi có một số kiến nghị sau: Tập trung tuyên truyền về bệnh nấm da cho các đối tượng >30 tuổi, nam giới và những nhóm có hành vi nguy cơ như sống chung tập thể, tiếp xúc nước. Cần quan tâm các yếu tố nguy cơ dễ lây truyền bệnh vi nấm sợi tơ: đồ mồ hôi nhiều, quần áo chật, mặc quần áo chung, đi giày dép chật để tư vấn và điều trị cho BN. Xây dựng chương trình tuyên truyền về cách phát hiện, phòng ngừa lây lan để tuyên truyền nâng cao kiến thức cộng đồng, đặc biệt chú trọng nơi có dịch tễ bệnh nấm cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Amodkumar Yadav, AD Urhekar, Vijay Mane, Mahesh Singh Danu, Nitin Goel, & Ajit KG. (2013). Optimization and Isolation of Dermatophytes from Clinical Samples and In Vitro Antifungal Susceptibility Testing By Disc Diffusion Method. *Journal of Microbiology and Biotechnology*.
- Agarwal. (2014). Clinico-mycological study of dermatophytes in a tertiary care centre in northwest India. *Indian Journal of Dermatology Venereology and Leprology*, 80(2), p. 194.
- AK Sahoo, & R Mahajan. (2016). Management of tinea corporis, tinea cruris and tinea pedis: A comprehensive review. *Indian Dermatol Online Journal*, 7(2), p. 77-86.
- Lê Trần Anh, & Cs. (2014). Đặc điểm nhiễm nấm ở Bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Quân Y 103. *Tạp Chí Y Dược học Quân sự*, 9.
- CA Pires, NF Cruz, AM Lobato, PO Sousa, FR Carneiro, & AM. Mendes. (2014). Clinical, epidemiological, and

- therapeutic profile of Dermatophytosis. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 89.
- Nguyễn Thái Dũng. (2017). *Nghiên cứu một số đặc điểm và kết quả điều trị nấm da ở Bệnh nhân đến khám và điều trị tại trung tâm chống Phong-Da Liễu Nghệ An*. (Luận án Tiến sỹ Y học), Viện Sốt Rét-Ký Sinh Trùng-Côn Trùng Trung Ương.
- Nguyễn Võ Hình. (2013). *Nấm da Dermatophytes và phòng chống bệnh nấm da*. *Thư viện điện tử Viện kỹ sinh trùng sốt rét Quy Nhơn*.
- Hồ Thị Ngọc Khương. (2017). *Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, vi nấm học của bệnh nấm da do vi nấm sợi tơ tại Bệnh viện Da liễu Tp. Hồ Chí Minh*. (Luận văn CKII), ĐH Y khoa Phạm Ngọc Thạch,
- LB Silva, DBoliveira, BV Silva, RA Souza, PR Silva, K Ferreira-Paim, . . . AA Andrade. (2014). Identification and antifungal susceptibility of fungi isolated from dermatomycoses. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 28(5), p. 633-640
- Trần Xuân Mai. (2015). *Bệnh vi nấm ngoài da, ký sinh trùng Y học*. TP.Hồ Chí Minh: Nhà xuất bản Y học.
- MF Shalaby, El-Din AN, & El-Hamd MA. (2016). Isolation, Identification, and In Vitro Antifungal Susceptibility Testing of Dermatophytes from Clinical Samples at Sohag University Hospital in Egypt. *Electron Physician*, p. 2557-2567.
- R. Mahalakshmi, R. Apoorva, & J. Joshua. (2017). Dermatophytosis: clinical profile and association between socio-demographic factors and duration of infection. *Int J Res Dermatol*, 3(2).
- S Maraki, & VE. Mavromanolaki. (2016). Epidemiology of Dermatophytoses in Crete, Greece a 5-year Survey. *Medical Mycology Journal*, 57(4), p. E69-E75.
- SL Kim, KC Lee, YH Jang, SJ Lee, Kim do W, Lee WJ, . . . Jun JB. (2016). The Epidemiology of Dermatophyte Infection in Southeastern Korea (1979~2013). *Ann Dermatol*, 28(4), p. 524-527.
- Hà Mạnh Tuấn, Vũ Quang Huy, Trần Phủ Mạnh Siêu, & Nguyễn Quang Minh Mẫn. (2019). Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, dịch tễ trên bệnh nhân nhiễm nấm da tại bệnh viện da liễu tp. Hcm. *Y học TP.Hồ Chí Minh*, 23(3), tr 194-199.
- S Verma, & R. Madhu. (2017). The great Indian epidemic of superficial dermatophytosis: An appraisal. *Indian J Dermatol*, 62, p. 227-236.
- Nguyễn Thị Xuân. (2012). Khảo sát tình hình nhiễm vi nấm *Malassezia.spp* ở một số bệnh da thường gặp tại bệnh viện Da Liễu Trung Ương- Hà nội. tr 27.
- Y. Sei. (2015). 2011 Epidemiological Survey of Dermatomycoses in Japan. *Med Mycol Journal*, 56(4), p. 129-135.