

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH MODERATE AND SEVERE SEBORRHEIC DERMATITIS

Do Thi Thu Hien^{1,2*}, Le Van Trung¹, Nguyen Tran Hai Anh²

¹National Hospital of Dermatology and Venereology - 15A, Phuong Mai, Dong Da, Hanoi, Vietnam
²VNU University of Medicine and Pharmacy - 144 Xuan Thuy, Dich Vong Hau, Cau Giay, Hanoi, Vietnam

Received: 29/03/2024
Revised: 22/04/2024; Accepted: 20/05/2024

SUMMARY1

Objective: This study examined the clinical and subclinical characteristics of patients with moderate and severe seborrheic dermatitis (SD).

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study of 62 adult patients with moderate and severe seborrheic dermatitis diagnosed at the National Hospital of Dermatology & Venereology from 08/2020 to 10/2021.

Results: Seborrheic dermatitis occurred in 80.7% of males and 19.3% of females. The disease was common in patients with oily skin (69.3%). The age group of 20-49 year olds was mostly affected (80.7%). The average age of onset was 32.1 ± 12.6 years, and the average duration of disease was 3.9 ± 2.8 years. All patients with moderate and severe seborrheic dermatitis had basic lesions of erythema and scales. The main subjective symptoms were itching (100%) and burning sensation (87.1%). Lesions were scattered with indistinct or absent borders. The most affected sites were the facial area (75.8%) and scalp (71%). Seborrheic dermatitis was often accompanied by pityriasis versicolor (21%). The proportion of patients with moderate and severe seborrheic dermatitis had more than 20 *Malassezia* spores per field under KOH examination was 19.4%. The density of *Malassezia* in patients with severe SD was higher than in moderate SD but the difference was not statistical significance.

Conclusion: Seborrheic dermatitis was commonly seen in male patients with oily skin. The most common skin lesions were erythema and scales, located on the scalp and face, with scattered distribution and indistinct borders. *Malassezia* density was higher in patients with severe SD than in moderate SD but not statistically significant.

Keywords: Seborrheic dermatitis, *Malassezia*.

*Corresponding author
Email address: hienphuonglinh@yahoo.com
Phone number: (+84) 915 807 214
<https://doi.org/10.52163/yhc.v65i4.1193>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN VIÊM DA DẦU MỨC ĐỘ VỪA VÀ NẶNG

Đỗ Thị Thu Hiền^{1,2*}, Lê Văn Trung¹, Nguyễn Trần Hải Ánh²

¹Bệnh viện Da liễu Trung ương - 15A, Phương Mai, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội - 144 Xuân Thủy, Dịch Vọng Hậu, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 29/03/2024

Ngày chỉnh sửa: 22/04/2024; Ngày duyệt đăng: 20/05/2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm da dầu mức độ vừa và nặng.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 62 bệnh nhân viêm da dầu người lớn mức độ vừa và nặng được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Da liễu Trung Ương từ 08/2020 - 10/2021.

Kết quả: Bệnh viêm da dầu gặp ở nam giới 80,7% cao hơn ở nữ giới 19,3%. Bệnh thường gặp ở những người da dầu (69,3%). Lứa tuổi từ 20-49 mắc bệnh nhiều nhất (chiếm 80,7%). Tuổi khởi phát bệnh trung bình là $32,1 \pm 12,6$, thời gian mắc bệnh trung bình là $3,9 \pm 2,8$ năm. Tất cả bệnh nhân viêm da dầu người lớn mức độ vừa và nặng đều có tổn thương cơ bản là dát đỏ và vảy da. Triệu chứng cơ năng chủ yếu là ngứa (100%) và rát bỏng (87,1%). Tổn thương nằm rải rác, có ranh giới không rõ hay gặp hơn. Vị trí tổn thương hay gặp nhất ở vùng mặt (75,8%) và vùng đầu (71%). Bệnh viêm da dầu hay kèm theo trứng cá thông thường (21%). Tỷ lệ bệnh nhân viêm da dầu mức độ vừa và nặng có số lượng *Malassezia* từ 20 TB/VT trở lên là 19,4%. Mật độ *Malassezia* ở bệnh nhân VDD mức độ nặng cao hơn mức độ vừa nhưng không có ý nghĩa thống kê.

Kết luận: Bệnh viêm da dầu thường gặp ở bệnh nhân nam, da dầu. Tổn thương cơ bản đặc trưng là dát đỏ và vảy da, thường rải rác và ranh giới không rõ với da lành, phân bố chủ yếu ở vùng đầu, mặt. Mật độ *Malassezia* ở bệnh nhân VDD mức độ nặng cao hơn mức độ vừa nhưng không có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: Viêm da dầu, *Malassezia*.

*Tác giả liên hệ

Email: hienphuonglinh@yahoo.com

Điện thoại: (+84) 915 807 214

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65i4.1193>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm da dầu (VDD - seborrheic dermatitis) là bệnh lý viêm da mạn tính thường gặp, chiếm từ 1-3% dân số trưởng thành [1]. Bệnh đặc trưng bởi các tổn thương đỏ da, bong vảy tập trung ở những vùng da nhiều tuyến bã như đầu, mặt, vùng trước xương ức, vùng sau bả vai [2], ... đôi khi biểu hiện ở nách và sinh dục [3]. Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, thường khởi phát vào tuổi dậy thì, hay gặp nhất từ 20-40 tuổi, nam nhiều hơn nữ [4]. Ở Việt Nam, VDD chiếm tỷ lệ khoảng 1,51% số bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Da liễu TW [5].

Viêm da dầu thường đi kèm các bệnh da khác như trứng cá đỏ, viêm bờ mi hoặc kích ứng mắt, trứng cá thông thường, viêm nang lông do Malassezia, lang ben [6-9]. Bệnh thường nặng lên ở những bệnh nhân suy giảm miễn dịch như: HIV/AIDS, sau ghép tạng, viêm gan C, viêm tụy mạn tính và các bệnh lý ác tính khác. Ngoài ra, stress tâm lý vừa làm bệnh nặng hơn vừa là yếu tố khởi phát bệnh [10].

Căn nguyên gây VDD đến nay vẫn chưa rõ ràng. Căn nguyên bệnh có liên quan đến vai trò của hormone và tuyến bã, cơ chế miễn dịch, bệnh lý thần kinh, và đặc biệt là hoạt động của nấm Malassezia [11, 12]. Bệnh diễn biến dai dẳng, thỉnh thoảng có các đợt bùng phát. Bệnh không nguy hiểm nhưng thường ảnh hưởng tới thẩm mỹ và tâm lý của bệnh nhân.

Chẩn đoán xác định VDD chủ yếu dựa vào lâm sàng: dát đỏ ranh giới rõ hoặc không rõ, trên có vảy da bóng mờ màu vàng. Vị trí hay gặp ở vùng da tiết bã như rãnh mũi má, lông mày, mi, vùng xương ức, vùng liên bả. Cận lâm sàng có thể thấy sự có mặt của nấm Malassezia. VDD cần chẩn đoán phân biệt với một số bệnh như vẩy nến, viêm da tiếp xúc, vẩy phấn hồng, lang ben, trứng cá, trứng cá đỏ, ... Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm phân tích sâu hơn về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân viêm da dầu người lớn mức độ vừa và nặng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu này dựa trên một nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng nên cỡ mẫu được tính theo công thức thử nghiệm lâm sàng của Tổ chức Y tế Thế giới:

$$n1 = n2 = \frac{\left\{ Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

$$= 31$$

Cỡ mẫu: gồm 62 bệnh nhân viêm da dầu người lớn mức độ vừa và nặng đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da Liễu Trung ương từ 8/2020 - 10/2021.

Phương pháp chọn mẫu: Thuận tiện

Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm da dầu, chủ yếu dựa vào lâm sàng: Dát đỏ ranh giới rõ hoặc không rõ trên có vảy da bóng mờ màu vàng. Vị trí chủ yếu: Da đầu, sau tai, ống tai ngoài, rãnh mũi má, lông mày, bờ mi, vùng trước xương ức và vùng liên bả.

Đánh giá mức độ tổn thương VDD dựa theo cách tính điểm của Avner Shemer MD thông qua các triệu chứng: dát đỏ, vảy da, ngứa, bong rít.

Bảng 2.1. Đánh giá mức độ tổn thương viêm da dầu^[13]

Triệu chứng \ Mức độ	Đỏ da	Vảy da	Ngứa	Bong rít
0 điểm	Không đỏ	Không vảy	Không ngứa	Không bong rít
1 điểm	Đỏ ít	Vảy ít	Ngứa ít	Bong rít ít
2 điểm	Đỏ vừa	Vảy vừa	Ngứa vừa	Bong rít vừa
3 điểm	Rất đỏ da	Rất nhiều vảy	Rất ngứa	Rất bong rít

Mức độ bệnh được đánh giá theo tổng số điểm, mức độ nhẹ < 5 điểm; mức độ trung bình: từ 5 đến 8 điểm; mức độ nặng: > 8 điểm

Các biến số nghiên cứu: Mức độ bệnh, triệu chứng cơ năng, tính chất tổn thương, mức độ tổn thương và vị trí tổn thương.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang tại bệnh viện Da liễu Trung ương từ 08/2020 - 10/2021.

Xử lý số liệu: Theo phần mềm SPSS 20.0

- Các số liệu định lượng: giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn, ký hiệu $\bar{X} \pm s$.

- Các số liệu định tính: tỷ lệ phần trăm.

- Kiểm định so sánh:

+ Đối với biến định tính: C^2 McNemar, C^2 Chi-square, Fisher

+ Đối với biến định lượng: T test độc lập và so sánh trước sau

- Các so sánh có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu này được thông qua Hội đồng đạo đức nghiên cứu y sinh học và được phép của Bệnh viện Da liễu Trung ương.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Liên quan giữa tính chất da và mức độ bệnh (n=62)

Tính chất da \ Mức độ bệnh	Da bình thường n (%)	Da dầu n (%)	Tổng n (%)	p
Vừa (Trung bình)	16 (34)	31 (66)	47 (75,8)	0,356
Nặng	3 (20)	12 (80)	15 (24,2)	
Tổng	19 (30,7)	43 (69,3)	62 (100)	0,002

Tỷ lệ da dầu ở bệnh nhân người lớn VDD mức độ vừa và nặng là 69,3% cao hơn tỷ lệ da bình thường 30,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Ở mức độ bệnh nặng, tỷ lệ BN da dầu là 80%, mức độ bệnh trung bình có tỷ lệ BN da dầu thấp hơn với 66%. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

Có 51,6% bệnh nhân VDD mức độ vừa và nặng có bệnh da khác, trong đó VDD mức độ vừa và nặng đi kèm với trứng cá thông thường chiếm tỷ lệ cao nhất với 21%.

Có 27,5% bệnh nhân VDD người lớn mức độ vừa và nặng có bệnh lí khác phối hợp. Trong các bệnh phối hợp với VDD, tăng lipid máu và viêm loét dạ dày là hay gặp nhất. Chỉ có 1 bệnh nhân mắc trầm cảm phối hợp với VDD.

Bảng 2. Đặc điểm tuổi, giới của bệnh nhân

Đặc điểm		n	Tỷ lệ (%)	p
Giới	Nam	50	80,7	P < 0,01
	Nữ	12	19,3	
Nhóm tuổi	<20	2	3,2	
	20-29	22	35,5	
	30-39	20	32,3	
	40-49	8	12,9	
	50-59	6	9,7	
	60-69	3	4,8	
	≥70	1	1,6	
Tuổi trung bình	35,9 ± 12,8 (Nam 36 ± 13,8; Nữ 35,7 ± 8,3)			
		Trung bình (năm)		
Tuổi khởi phát	Nam	32,1 ± 13,6		0,574
	Nữ	31,8 ± 7,7		
	Chung	32,1 ± 12,6		
Thời gian mắc bệnh	Nam	3,9 ± 2,9		0,936
	Nữ	3,8 ± 2,6		
	Chung	3,9 ± 2,8		

Tỷ lệ VDD người lớn mức độ vừa và nặng ở nam là 80,7% cao hơn so với ở nữ là 19,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$ với mức ý nghĩa 99%.

Nhóm tuổi 20-29 chiếm tỉ lệ cao nhất 35,5%, nhóm tuổi ≥ 70 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất 1,6%. Đa số bệnh nhân VDD mức độ vừa và nặng ở độ tuổi từ 20-49 chiếm 80,7%. Tuổi trung bình của bệnh nhân (n=62) là 35,9 ± 12,8. Tuổi khởi phát bệnh trung bình của các bệnh nhân là 32,1 ± 12,6 tuổi, trong đó tuổi khởi phát bệnh trung bình ở nam là 32,1 ± 13,6 cao hơn ở nữ 31,8 ± 7,7. Thời gian mắc bệnh trung bình chung là 3,9 ± 2,8 năm, trong đó thời gian mắc bệnh trung bình ở nam là 3,9 ± 2,9, ở nữ là 3,8 ± 2,6 năm. Sự khác biệt này đều không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)



3.2. Đặc điểm lâm sàng và triệu chứng cơ năng

Bảng 3. Các triệu chứng và mức độ của bệnh nhân VDD

Triệu chứng		Số lượng BN n (%)	Mức độ tổn thương			
			0	1	2	3
Tổn thương cơ bản	Dát đỏ	62 (100)	0	7 (11,3)	32 (51,6)	23 (37,1)
	Vảy da	62 (100)	0	10 (16,1)	31 (50)	21 (33,9)
Triệu chứng cơ năng	Ngứa	62 (100)	0	25 (40,3)	22 (35,5)	15 (24,2)
	Rất bỏng	54 (87,1%)	8 (12,9)	37 (59,7)	16 (25,8)	1 (1,6)

Tất cả các bệnh nhân VDD người lớn mức độ vừa và nặng đều có thương tổn cơ bản là dát đỏ 100% và vảy da 100%. Triệu chứng cơ năng rất bỏng là 87,1%, ngứa là 100%.

Trong 2 triệu chứng lâm sàng là dát đỏ, vảy da thì mức độ vừa chiếm tỷ lệ cao nhất (dát đỏ vừa là 51,6% và vảy da vừa là 50%).

Trong 2 triệu chứng cơ năng là ngứa, rất bỏng thì mức độ nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất (ngứa nhẹ là 40,3% và rất bỏng nhẹ là 59,7%).

Bảng 4: Tính chất tổn thương

Tính chất tổn thương	n (%)	p
Khu trú	28 (45,2)	0,446
Rải rác	34 (54,8)	
Ranh giới rõ	7 (11,3)	0,000
Ranh giới không rõ	55 (88,7)	

Tổn thương có tính chất khu trú 45,2% thấp hơn tổn thương có tính chất rải rác 54,8%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

Tổn thương có ranh giới rõ 11,3% thấp hơn tổn thương có ranh giới không rõ 88,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$

Vị trí tổn thương VDD mức độ vừa và nặng hay gặp nhất là vùng mặt (75,8%) và đầu (71%). Các vị trí ít gặp là bẹn, sinh dục (1,6%), cổ (1,6%).

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 5: Liên quan giữa mật độ Malassezia với mức độ bệnh

Mức độ bệnh	Trung bình	Nặng	Tổng	p
Malassezia < 20 (TB/VT)	41 (87,2)	9 (60)	50(80,6)	0,891
Malassezia ≥ 20 (TB/VT)	6 (12,8)	6 (40)	12 (19,4)	
Tổng	47 (100)	15 (100)	62 (100)	

Tỷ lệ bệnh nhân VDD mức độ vừa và nặng có xét nghiệm Malassezia < 20 TB/VT là 80,6%, tỷ lệ có Malassezia ≥ 20 TB/VT là 19,4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Tỷ lệ BN có Malassezia ≥ 20 TB/VT ở mức độ bệnh trung bình và mức độ bệnh nặng là khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy đa số bệnh nhân VDD mức độ vừa và nặng có nền da dầu chiếm 69,3% (Bảng 1). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ da dầu ở 2 mức độ bệnh vừa và nặng ($p > 0,05$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác ở Việt Nam như tác giả Hoàng Thị Phương nghiên cứu trên 186 bệnh nhân VDD thì có 73,7% bệnh nhân có nền da là da dầu [15] hay với các tác giả ở nước ngoài khác [2].

Theo Bảng 2, tổng số 62 bệnh nhân VDD người lớn mức độ vừa và nặng có 80,7% bệnh nhân là nam và 19,3% là nữ, tỷ lệ nam/nữ là 4,2/1 cho thấy VDD hay gặp ở nam giới nhiều hơn nữ, tuy nhiên kết quả của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu của Hoàng Thị Phương với tỷ lệ nam/nữ là 1,36/1 [15], hay của Peyri là 1,22/1 [4]. Điều này có liên quan đến ở nam giới lượng androgen tiết ra cao hơn, hoạt động của tuyến bã và lượng chất bã bài tiết ra ở nam giới cũng cao hơn, kéo dài hơn ở nữ. Hơn nữa, nam giới có xu thế sử dụng nhiều rượu bia và các chất có cồn hơn và thường ít để ý chăm sóc cơ thể hơn so với nữ trong trường hợp bã nhờn xuất hiện trên da cho nên nam giới có tỷ lệ mắc bệnh VDD cao hơn so với nữ.

Bảng 2 cho thấy tuổi khởi phát bệnh trung bình ở bệnh nhân VDD mức độ vừa và nặng là 32,1 tuổi, tương tự với một số các nghiên cứu khác là 30,2 tuổi [15], 33,1 tuổi [5], 33,7 tuổi [4]. Thời gian mắc bệnh

trung bình chung là 3,9 năm, của nam cao hơn của nữ nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Thời gian mắc bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn trong nghiên cứu của Hoàng Thị Phượng với thời gian mắc bệnh trung bình chung là 2,5 năm [15] nhưng thấp hơn nghiên cứu của Vahide là 6,9 năm [16], điều đó cho thấy VDD là bệnh tiến triển mạn tính, hay tái phát, ít ảnh hưởng tới toàn trạng nên bệnh nhân thường chủ quan không điều trị dứt điểm.

Triệu chứng lâm sàng đặc hiệu là dát đỏ và vảy da xuất hiện ở 100% bệnh nhân, phù hợp với các nghiên cứu khác trên thế giới [4, 17, 18].

Triệu chứng cơ năng thường gặp nhiều nhất là ngứa (100%), sau đó là rát bỏng (87,1%). Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Hoàng Thị Phượng^[15] và Lê Anh Tuấn^[5], nguyên nhân do bệnh nhân của chúng tôi mắc bệnh ở mức độ vừa và nặng nên triệu chứng ngứa và rát bỏng là một trong nhiều lý do mà bệnh nhân đi khám. Kết quả này cũng cao hơn nghiên cứu của các tác giả trên thế giới khác [4, 17, 18].

Theo bảng 4, tổn thương có tính chất rải rác cao hơn tổn thương có tính chất khu trú, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này khác với nghiên cứu của Hoàng Thị Phượng [15] cũng như các nghiên cứu trên thế giới [17, 18] với tổn thương khu trú chiếm tỉ lệ cao hơn. Theo chúng tôi, có thể do bệnh nhân VDD mức độ vừa và nặng thường có tổn thương rải rác ở nhiều vị trí hơn là khu trú ở một vị trí nhất định.

Tổn thương có ranh giới không rõ chiếm 88,7% cao hơn rõ rệt tổn thương có ranh giới rõ với 11,3% ($p < 0,05$). Như vậy tổn thương có ranh giới không rõ rất hay gặp trong VDD mức độ vừa và nặng, phù hợp với nhiều nghiên cứu khác [17, 18]

Vị trí tổn thương thường gặp trong VDD là những nơi tiết bã nhiều như da đầu, trán, rãnh mũi má, mi mắt, cung mày, sau tai, ống tai ngoài, vùng trước xương ức, vùng liên bả vai [2]. Các vị trí ít gặp hơn là kẽ nách, nếp lằn vú, rốn, vùng bẹn sinh dục và kẽ liên mông [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí tổn thương thường gặp nhất là vùng mặt, da đầu sau đó đến tai, ngực. Các vị trí khác ít gặp hơn là vùng liên bả vai, bẹn, sinh dục, cổ. Kết quả này phù hợp với các y văn trên thế giới [2, 3]. Như vậy vị trí tổn thương đặc hiệu nhất trong VDD là vùng mặt.

Nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3) cho thấy với 2 triệu chứng lâm sàng là đỏ da và vảy da thì mức độ vừa của 2 triệu chứng chiếm tỷ lệ cao nhất, không có bệnh nhân nào không có triệu chứng lâm sàng. Kết quả

trong nghiên cứu của chúng tôi cũng giống với nghiên cứu của Hoàng Thị Phượng [15] với kết quả mức độ vừa của các triệu chứng lâm sàng chiếm tỉ lệ cao nhất. Chúng tôi cho rằng, ở mức độ bệnh thấp, bệnh không ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt cũng như thẩm mỹ, giao tiếp xã hội nên bệnh nhân thường không đi khám, do đó số lượng bệnh nhân ít. Bắt đầu sang mức độ vừa và nặng thì các biểu hiện lâm sàng mới gây sự chú ý đối với bệnh nhân, mất thẩm mỹ đặc biệt là ở vùng mặt làm bệnh nhân phải đến khám bệnh.

Với triệu chứng cơ năng là ngứa và rát bỏng thì mức độ nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất, ngứa nhẹ là 40,3% và rát bỏng nhẹ là 59,7%. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi khác với kết quả trong nghiên cứu của Hoàng Thị Phượng với các triệu chứng ngứa vừa, rát bỏng vừa ở các bệnh nhân VDD vẫn chiếm tỉ lệ cao nhất [15]. Sự khác biệt có thể được giải thích là do các triệu chứng cơ năng phụ thuộc nhiều vào đánh giá chủ quan của bệnh nhân nên sự đánh giá ở từng bệnh nhân là khác nhau, không tương xứng với mức độ các triệu chứng lâm sàng cũng như mức độ bệnh.

Kết quả nghiên cứu từ bảng 5 cho thấy trong số 62 bệnh nhân VDD mức độ vừa và nặng xét nghiệm nấm *Malassezia* có 19,4% bệnh nhân có số lượng *Malassezia* từ 20 TB/VT trở lên. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Hoàng Thị Phượng với 22,39% bệnh nhân VDD mức độ vừa và nặng có xét nghiệm *Malassezia* từ 20 TB/VT trở lên [15].

Để phát hiện *Malassezia*, chúng tôi thực hiện kỹ thuật soi trực tiếp bằng KOH 20%. Trong khi đó nghiên cứu của Hoàng Thị Phượng sử dụng phương pháp nhuộm Gram để phát hiện *Malassezia*. Đối với kỹ thuật soi tươi trực tiếp bằng KOH 20%, bệnh phẩm thường bị lẫn chất bã (sebum) và có rất nhiều lipid nên dưới kính hiển vi quang học, hình ảnh bào tử *Malassezia* rất dễ lẫn và nhầm với các hạt mỡ nên dễ bỏ sót, do vậy tỷ lệ xét nghiệm *Malassezia* ≥ 20 TB/VT trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn.

Kết quả nghiên cứu ở bảng 5 cho thấy ở nhóm BN có mức độ bệnh vừa tỷ lệ *Malassezia* ≥ 20 TB/VT chiếm tỷ lệ 12,8% thấp hơn ở nhóm bệnh nhân có mức độ bệnh nặng với tỷ lệ *Malassezia* ≥ 20 TB/VT là 40%, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Hoàng Thị Phượng cho thấy ở mức độ bệnh nặng mật độ *Malassezia* ở mức 3+, 4+ chiếm tỉ lệ cao 65% [15], cho thấy mức độ VDD càng nặng thì mật độ *Malassezia* càng cao.



5. KẾT LUẬN

Bệnh viêm da đầu là bệnh da mạn tính, thường gặp ở bệnh nhân nam, da dầu. Tổn thương cơ bản đặc trưng là dát đỏ và vảy da, thường rải rác và ranh giới không rõ với da lành. Triệu chứng cơ năng có ngứa và rất bông. Vị trí tổn thương chủ yếu ở vùng đầu, mặt. Mật độ *Malassezia* ở bệnh nhân VDD mức độ nặng cao hơn mức độ vừa (40% với 12,8%) nhưng không có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Ak G, R B. Seborrheic dermatitis. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV. doi:10.1111/j.1468-3083.2004.00693.x
- [2] Dessinioti C, Katsambas A, Seborrheic dermatitis: etiology, risk factors, and treatments: facts and controversies. Clin Dermatol. 2013; 31(4):343-351. doi:10.1016/j.clindermatol.2013.01.001
- [3] Ijaz N, Fitzgerald D, Seborrheic dermatitis. Br J Hosp Med (Lond). 2017;78(6):C88-C91. doi:10.12968/hmed.2017.78.6.C88
- [4] Peyrí J, Leonart M, Grupo español del Estudio SEBDERM. [Clinical and therapeutic profile and quality of life of patients with seborrheic dermatitis]. Actas Dermosifiliogr. 2007;98(7):476-482.
- [5] Lê Anh Tuấn, Nghiên cứu tình hình, đặc điểm lâm sàng, một số yếu tố liên quan và kết quả điều trị viêm da đầu bằng kem ketoconazole và kem corticoid. Luận văn thạc sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội, 2006.
- [6] Faergemann J, Johansson S, Bäck O et al., An immunologic and cultural study of *Pityrosporum folliculitis*. J Am Acad Dermatol. 1986;14(3):429-433. doi:10.1016/s0190-9622(86)70053-4
- [7] Sunenshine PJ, Schwartz RA, Janniger CK, Tinea versicolor: an update. Cutis. 1998;61(2): 65-68, 71-72.
- [8] Zug KA, Palay DA, Rock B, Dermatologic diagnosis and treatment of itchy red eyelids. Surv Ophthalmol. 1996;40(4):293-306. doi:10.1016/s0039-6257(96)82004-2
- [9] Gupta AK: A random survey concerning aspects of acne rosacea (abstract). J Cutan Med Surg 2001;5:38.
- [10] Misery L, Touboul S, Vinçot C et al., [Stress and seborrheic dermatitis]. Ann Dermatol Venereol. 2007;134(11):833-837. doi:10.1016/s0151-9638(07)92826-4
- [11] Tajima M, Sugita T, Nishikawa A et al., Molecular analysis of *Malassezia* microflora in seborrheic dermatitis patients: comparison with other diseases and healthy subjects. J Invest Dermatol. 2008;128(2):345-351. doi:10.1038/sj.jid.5701017
- [12] Zaidi Z, Wahid Z, Cochinwala R et al., Correlation of the density of yeast *Malassezia* with the clinical severity of seborrheic dermatitis. J Pak Med Assoc, 2002;52(11):504-506.
- [13] Shemer A, Kaplan B, Nathansohn N et al., Treatment of moderate to severe facial seborrheic dermatitis with itraconazole: an open non-comparative study. Isr Med Assoc J. 2008;10(6):417-418.
- [14] Nguyễn Hữu Sáu, Trần Cẩm Vân và cộng sự, Nghiên cứu ứng dụng một số kỹ thuật chẩn đoán xác định chủng nấm *Malassezia* gây bệnh lang ben tại khu vực Hà Nội. Đề tài cấp thành phố, Hà Nội, 2018.
- [15] Hoàng Thị Phụng, Đặc điểm lâm sàng, các yếu tố liên quan và kết quả điều trị viêm da đầu bằng uống vitamin A acid kết hợp bôi mỡ tacrolimus 0,1%. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2011.
- [16] Baysal V, Yildirim M, Ozcanli C et al., Itraconazole in the treatment of seborrheic dermatitis: a new treatment modality. Int J Dermatol. 2004;43(1):63-66. doi:10.1111/j.1365-4632.2004.02123.x
- [17] Thomas P Habif et al., Seborrheic dermatitis. Skin disease. Mosby publishing: 2005: p.116-119.
- [18] Thomas B.Fitzpatrick. Seborrheic dermatitis. Dermatology in General Medicine. Mosby publishing: 1987: p.978-981.